



**Visokoškolska ustanova Evropski univerzitet Brčko distrikt BiH
Fakultet zdravstvenih nauka**

Ime i prezime studenta, br. indeksa	
Studijski program i godina studija na Fakultetu zdravstvenih nauka	
Kontakt adresa	
Kontakt telefon i e-mail adresa	

**PRIJAVA
OBAVLJANJA STRUČNE PRAKSE**

Prijavljujem studentskoj službi Evropskog univerziteta da namjeravam da obavim stručnu praksu.

Podaci o ustanovi

Puno poslovno ime zdravstvene ustanove i sjedište	
Trajanje prakse	radnih dana
Mentor stručne prakse (određuje i popunjava ustanova)	

U Brčkom, _____ godine

Potpis studenta

Saglasnost dekana Fakulteta zdravstvenih nauka prof.dr. Rudika Gmajnić	
Prijemni štambilj	

Dostaviti:

- 1) U dosije studenta, i
- 2) Zdravstvenoj ustanovi u kojoj se obavlja praksa.

M.P.