Е В И Д Е Н Ц И О Н И Л И С Т

Образац попунити штампаним словима. За тачност података члан одговара надлежном органу Коморе.

Лични подаци

Име, име родитеља и презиме _____ _____ _____
Девојачко презиме _____ Пол (заокружити) М Ж
ЈМБГ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Датум и место рођења _____
Адреса сталног боравка: улица и број _____
насеље _____ општина _____
Телефон: код куће _____ - _____ на послу _____ - _____
Мобилни телефон _____ - _____ Електронска пошта _____
Држављанство _____ __ Националност _____

Подаци о запослењу

Запослење (заокружити): 1. незапослен 2. на стажу 3. запослен у државној установи
4. запослен у приватној установи 5. оснивач приватне установе

Установа у којој лекар **редовно** обавља здравствену делатност или је на стажу:
Назив, адреса и телефон државне установе _____
_____
Назив, адреса и телефон приватне установе _____
_____

Установа у којој лекар **допунски** обавља здравствену делатност:
Назив, адреса и телефон државне установе _____
_____
Назив, адреса и телефон приватне установе_____
_____

Напомена: За рад у Клиничком центру и Здравственом центру назначити и организациону јединицу запослења.

Подаци о образовању

Место и датум дипломирања, број дипломе _____
Година полагања државног испита _____
Грана специјализације (1) и датум полагања _____
Грана специјализације (2) и датум полагања _____
Грана уже специјализације (1) и датум полагања _____
Грана уже специјализације (2) и датум полагања _____
Додатно усавршавање (заокружити): 1. на специјализацији 2. на ужој специјализацији
Датум стицања примаријата_____
Датум стицања академског магистра наука_____
Датум стицања научног степена доктора медицинских наука_____
Научно звање (заокружити): 1. Научни сарадник 2. Виши научни сарадник 3. Научни саветник
Наставно звање (заокружити): 1. Асистент 2. Доцент 3. Ванредни професор 4. Редовни професор

_____
(потпис подносиоца захтева)