

ЕВИДЕНЦИОНИ ЛИСТ

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)