

ПРЕЗИМЕ (име и презиме оца), (име и презиме мајке) и ИМЕ:

МЕСТО СТАНОВАЊА, АДРЕСА : _____

ТЕЛЕФОН (стабилни и број мобилног телефона): _____
e-mail: _____

МЕСТО СТАЛНОГ БОРАВКА: _____

ДРЖАВЉАНСТВО: _____

НАЦИОНАЛНА ПРИПАДНОСТ: _____

ДРЖАВА, МЕСТО И АДРЕСА И ТАЧАН НАЗИВ МАТИЧНОГ ФАКУЛТЕТА:

Подносим захтев за прелазак на:
(заокружити)

1. студије медицине
2. студије фармације
3. студије здравствене неге
4. студије специјалне едукације и рехабилитације
5. студије медицинске рехабилитације
6. студије радиолошке технологије

И УПИС У 1. 2. 3. 4. ГОДИНУ

ИЛИ

ОДГОВАРАЈУЋУ ГОДИНУ СТУДИЈА (заокружити).

У школској 2024/2025. год. сам студент _____ године студија.
Први пут сам уписан у прву годину студија школске _____
године на факултету (тачан назив факултета):

Студирам (заокружити) на: 1. Српском језику 2. Енглеском језику 3. Други језик

У току студирања положио/ла сам УКУПНО: _____ ЕСПБ бодова.

У току школске 2024/2025. године положио/ла сам до сада, укупно _____
ЕСПБ бодова.

Уз образац подносим: (заокружи)

1. уверење о положеним испитима – потврда од факултета;
2. доказ да о статусу студента на свом факултету у школској 2024/2025. години или доказ о последњој уписаној школској години – потврда од факултета;
3. доказ о броју остварених ЕСПБ бодова у школској 2024/2025. години – потврда од факултета;
4. доказ о студирању на српском језику – потврда од факултета;
5. фотокопија индекса (све исписане странице);
6. оверен (од стране факултета) наставни програм (детаљан програмски садржај наставе) одслушаних предмета;
7. Доказ о уплати : Уплата на жиро рачун факултета у износу од 6.000,00 динара:
Сврха уплате: трошкови обраде захтева за прелазак са другог факултета ; или – трошкови обраде захтева за промену студијског програма/модула (за студенте Медицинског факултета Нови Сад); или – трошкови обраде захтева за поновно стицање статуса студента; или – трошкови обраде захтева за упис на основу завршеног факултета;
Жиро рачун: 840-1633666-55, позив на број 742-105
Прималац: Медицински факултет Нови Сад, Хајдук Вељкова бр. 3, Нови Сад
8. Фотокопија извода из матичне књиге рођених (није важно када је издат извод);
9. Фотокопија личне карте, или прочитана лична карта ако је чипована;
10. Студенти који студирају ван Републике Србије, поред наведених докумената, достављају: фотокопију пасоша или фотокопију држављанства Републике Србије, ако га поседују.

Изјављујем да сам сагласан/на да моје личне податке Медицински факултет Нови Сад (у даљем тексту-Факултет) обрађује у складу с важећим Законом о заштити података о личности („Сл гласник РС“ бр. 87/2018).

Изјављујем да сам сагласан/на да се моји подаци чувају, обрађују и користе за следеће сврхе: пријаве за прелазак и упис на факултет, остваривања права на упис године студија, остваривање права за слушање наставе, остваривање права за рангирање за финансирање студија из буџета, друга права и обавезе по основу статуса студента, поступак нострификације и провере веродостојности јавне исправе и др, издавање решења, статистичке обраде података , остваривање права на издавање јавне исправе, давање податак лицима који податке траже позивајући се на закон о доступности информација од јавног значаја, а све у складу са Законом о заштити података о личности као и у остале сврхе у складу са законом.

Сагласан/а сам да Факултет наведене податке прикупља, складишти у својој бази (факултетски информациони систем) и да их користи искључиво у циљу остваривања наведене сврхе.

Изјављујем да сам своје податке дао/дала добровољно.

Факултет гарантује физичким лицима, чије податке обрађује, сва права предвиђена Законом о заштити података о личности.

Потпис подносиоца захтева: _____