

**HRVATSKO KATOLIČKO SVEUČILIŠTE  
MEDICINSKI FAKULTET**

Ilica 244  
10000 Zagreb



Sveučilišni integrirani prijediplomski i diplomski studij *Medicina*

---

(ime i prezime studentice/studenta)

**IZJAVA**

Izjavljujem da sam pročitao/la *Naputak o odgovornosti studenata studija Medicina tijekom kliničke nastave (turnusa)*, koji u potpunosti prihvaćam i na čije se poštivanje obvezujem.

U Zagrebu, \_\_\_\_\_

---

(potpis studentice/studenta)