



.....  
.....  
.....  
(naziv i adresa zdravstvene institucije)

**POTVRDA**  
**o obavljenim obveznim kliničkim vježbama**

kojom se potvrđuje da je student/ica .....  
(ime i prezime, JMBAG, godina studija)

u ovoj instituciji obavio/la kliničke vježbe u razdoblju od ..... do  
..... u ukupnom trajanju od ..... sati.

Tijekom obavljanja obveznih kliničkih vježbi student/ica je radio/la na sljedećim poslovima (molimo ukratko navesti organizacijsku jedinicu/jedinice i poslove koje je upoznao/la i na kojima je radio/la):

---

---

---

---

---

---

---

---

Ime, prezime i funkcija mentora/ice kliničkih vježbi:

.....

Datum izdavanja potvrde: .....

.....  
(potpis mentora/ice)

M.P.

.....  
(potpis nositelja kolegija)