



# Medicinska škola Osijek

Vukovarska 209  
31001 Osijek – Croatia  
Tel. 031 540 - 200  
Fax. 031 540 - 215  
e-mail: ured@ss-medicinska-os.skole.hr  
Žiro-račun: HR9723900011500272875  
Matični broj: 00302716  
OIB: 56450222821

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

kontakt: \_\_\_\_\_

## ZAHTJEV ZA IZDAVANJE DUPLIKATA/PRIJEPISA SVJEDODŽBE I POTVRDA O SREDNJOŠKOLSKOM OBRAZOVANJU

|   |   |
|---|---|
| Ime i prezime (djevojačko prezime)                          |   |
| Ime oca i majke   |   |
| Mjesto i država rođenja                                     |   |
| Datum rođenja   |   |
| Državljanstvo   |   |
| Godina početka obrazovanja                                  |   |
| Godina završetka obrazovanja                                |   |
| Obrazovni program   |   |
| Dokument za koji se traži duplikat/prijepis<br>(zaokružiti) | <ol style="list-style-type: none"><li>1. duplikat/prijepis svjedodžbe (razred: __)</li><li>2. duplikat/prijepis svjedodžbe o završnom radu</li><li>3. potvrda o srednjoškolskom obrazovanju</li></ol> |

Datum podnošenja zahtjeva i vlastoručni potpis: \_\_\_\_\_

Datum preuzimanja dokumenta i vlastoručni potpis: \_\_\_\_\_