

Назив и адреса установе:

П О Т В Р Д А
О ОБАВЉЕНОЈ СТРУЧНОЈ ПРАКСИ

Потврђује се да је _____ студент/студенткиња
(име и презиме, број индекса)

_____ године Мастер струковних студија – студијски програм Мастер струковна медицинска сестра обавио/обавила **Стручну клиничку праксу 1 у обиму од 300 наставних часова**, у

периоду од _____ до _____ у _____
(пун назив Установе)

Ментор: _____
име, презиме, звање и занимање ментора

Место и датум:

М.П.

Потпис ментора:
