

**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 2 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:

---

---

