**До**

**УКИМ Медицински факултет-Скопје**

* **Одделение за специјализациии, магистерски и докторски студии**

 **Б А Р А Њ Е**

**за издавање потврда**

 Јас \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, запишан/а на специјализација/супспецијализација по специјалноста/супспецијалноста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, барам да ми се издаде потврда дека сум на специјализација/супспецијализација на УКИМ Медицинскиот факултет во Скопје.

 Барател,

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_