**ŽIVOTOPIS**

1. **Ime:**
2. **Prezime:**
3. **Kontakt broj telefona/mobitela:**
4. **Naziv specijalizacije:**
5. **Datum stjecanja statusa specijalista:**

*(datum polaganja specijalističkog ispita ili datum rješenja o priznavanju specijalizacije)*

**6. Radno iskustvo (u statusu specijalista tražene grane medicine)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razdoblje zaposlenja | Naziv i adresa poslodavca *(za poslodavca u inozemstvu i podatak o državi zaposlenja)* |  Naziv radnog mjesta i opis posla |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum Vlastoručni potpis