

Prezime i ime: \_\_\_\_\_

JMBG: \_\_\_\_\_

Spol:                    ženski:                     muški:

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

Opština stanovanja: \_\_\_\_\_

Kontakt telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo  
N/R generalnog direktora**

### **M O L B A**

Molim Vas da mi odobrite obavljanje ferijalne prakse u trajanju od \_\_\_\_\_ sati u  
JU Dom zdravlja KS – Organizaciona jedinica \_\_\_\_\_  
Iz oblasti \_\_\_\_\_

Student sam \_\_\_\_\_ godine \_\_\_\_\_ fakulteta u \_\_\_\_\_.

S poštovanjem,

Sarajevo, \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_. godine

Podnosilac molbe:

\_\_\_\_\_