



IME I PREZIME \_\_\_\_\_ STUDIJ \_\_\_\_\_

Studij sam upisao/la u \_\_\_\_\_ akad. godini. U akad. god. 2026./2027. upisujem \_\_\_\_\_ godinu studija.  
(u slučaju ponavljanja predmeta napisati koje dvije susjedne godine studija upisujete, npr. 1./2.)

| Kolegiji <b>niže</b> godine studija koje upisujete –<br>ako je primjenjivo<br>(navesti predmete punim imenom) | Navesti koji put<br>upisujete kolegij<br>(napisati 1., 2.<br>itd.) | Broj ECTS-a<br>kolegija<br>(vidjeti na mrežnim<br>stranicama podatke) | Obveza<br>pohađanja<br>nastave<br>(napisati DA ili NE)* |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
|                                                                                                               |                                                                    |                                                                       |                                                         |
| UKUPNO ECTS-a                                                                                                 |                                                                    |                                                                       |                                                         |

\* Kod ponovnog upisivanja predmeta raspitati se kod **voditelja predmeta** na katedri postoji li obveza ponovnog pohađanja nastave iz predmeta



**Sveučilište u Rijeci**  
University of Rijeka



Sveučilište u Rijeci • Fakultet dentalne medicine  
University of Rijeka • Faculty of Dental Medicine

Krešimirova 40/42 • 51000 Rijeka • CROATIA  
Phone : + 385 51 559 200; 559 202, 559 203

| Kolegiji <b>više</b> godine studija koje upisujete<br>(navesti predmete punim imenom) | Naveći koji put<br>upisujete kolegij<br>(napisati 1., 2.<br>itd.) | Broj ECTS-a kolegija<br>(vidjeti na mrežnim stranicama<br>podatke) | Obveza<br>pohađanja<br>nastave<br>(napisati DA ili NE)* |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
|                                                                                       |                                                                   |                                                                    |                                                         |
| UKUPNO ECTS-a                                                                         |                                                                   |                                                                    |                                                         |

Potpis studenta/ice \_\_\_\_\_

Datum