
(презиме, средње име и име кандидата)

(адреса)

(место)

(датум)

Изјављујем да сам у циљу уписа на интегрисане академске студије медицине Медицинског факултета Војномедицинске академије Универзитета одбране у Београду, добровољно дао/дала своје личне податке.

Сагласан/сагласна сам да Медицински факултет ВМА достављене податке може користити и унети у електронску базу података и периодично ажурирати за потребе ефикасног вођења прописане евиденције о упису, резултатима студирања, издавању прописаних образаца, генерисање потребних статистичких података, достављање тражених података Министарству одбране и Министарству просвете, науке и технолошког развија Републике Србије, те да добијени подаци неће бити доступни неовлашћеним лицима.

(потпис кандидата)

Да је ову изјаву дао и својеручно потписао _____ тврди и оверава:

(потпис овлашћеног лица)

(М. П.)