Број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ година

Скопје

**До**

**Наставно-научниот совет на Стоматолошкиот факултетот во Скопје**

**Преку Совет на студиската програма за трет циклус студии-докторски студии по стоматолошки науки на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј” во Скопје, Стоматолошки факултет -Скопје**

**ПРИЈАВА**

**за објавени трудови во референтни научни публикации**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме |  |
| Број на индекс |  |
| Студиска програма |  |
| Година на упис на трет циклус академски студии – докторски студии |  |

**Изјавувам дека ги објавив следниве рецензирани истражувачки трудови:**

1. Автор-и: „\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“, објавен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(назив на списанието, број, датум)

1. Автор-и: „\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_“, објавен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(назив на списанието, број, датум)

Јас, проф. д-р \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, како ментор, потврдувам дека студентот ги исполнува условите за добивање 27 ЕКТС-кредити за реализација на оваа активност.

Ментор Студент

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

Прилог:

* Најмалку два труда во референтна публикација