

P R I S T U P N I C A

Prezime i ime: _____

Datum i mjesto rođenja: _____

Državljanstvo: _____

OIB: _____

ADRESA:

Grad / Mjesto: _____

Poštanski broj: _____

Ulica i broj: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Država: _____

PODACI O ZAPOSLENJU:

Ustanova: _____

Grad: _____ Poštanski broj: _____

Ulica i broj: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Radno mjesto: _____

Godina zaposlenja: _____

PODACI O STRUČNOM ISPITU:

Zvanje: _____

Kod koga je ispit položen: _____

Datum polaganja: _____

PODACI O STRUČNOM ZVANJU :

Zvanje: _____

Dodijelio: _____

Datum dodjele zvanja: _____

PODACI O ŠKOLOVANJU:

Najviša završena škola/fakultet: _____

Grad: _____

Naziv škole/fakulteta: _____

Stečeno zvanje: _____

Godina završetka: _____

POSTDIPLOMSKI STUDIJ/DOKTORAT:

Naziv fakulteta/akademije: _____

Znanstveno područje/polje: _____

Stečeno zvanje: _____

Datum obrane: _____

Znanje stranih jezika (kojih) : _____

Izjavljujem da sam upoznat s odredbama Statuta Hrvatskog arhivističkog društva i da iste prihvaćam u cijelosti.

U _____, _____ 20____.

Potpis: _____