

OBRAZAC 2

Ime i prezime: / Name and Surname: _____

Datum rođenja: / Date of Birth: _____

Naziv studijskog programa: / Name of study programme: _____

Visokoškolska ustanova koja je izdala diplomu: / Awarding Institution:

Broj i datum izdavanja diplome: / Number and Date of diploma issue: _____

Email adresa na koju se dostavljaju podaci: / Email address of whom the data should be transfer:

(adresa sa domenom CIP-a i organa za priznavanje koji sprovodi postupak)

IZJAVA / STATEMENT

Ovom izjavom dajem ovlaštenje (naziv organa koji vrši priznavanje) i Centru za informisanje i priznavanje dokumenata iz oblasti visokog obrazovanja (CIP) da kontaktira relevantne institucije i da koristi moje lične podatke u vezi sa porijeklom, sadržajem i autentičnošću moje akademske kvalifikacije te dostavljanje dopunske dokumentacije, ukoliko je to potrebno da bi se utvrdila vjerodostojnost mojih obrazovnih kompetencija. / Hereby I give the authorization to the (name of University or Ministry or Agency) and Centre for Information and Recognition of Qualifications in Higher Education (CIP) to contact relevant authority(s) or authorities regarding the origin, content and authenticity of my academic qualifications and additional documentation submitted, if such a step is necessary to evaluate my educational credential(s).

Datum: / Date:

Potpis: / Signature:
