
(naziv ovlaštene ordinacije)

(sjedište - mjesto i ulica)

(broj telefona)

Broj protokola: _____

**UVJERENJE
O MOTORIČKIM SPOSOBNOSTIMA**

Pristupnik za studij Dentalne medicine (Stomatologija):

Ime i prezime, ime oca: _____

Mjesto i datum rođenja: _____

Država rođenja: _____

Mjesto i adresa stanovanja: _____

**POSJEDUJE ODGOVARAJUĆE MOTORIČKE SPOSOBNOSTI POTREBNE ZA
STUDIJ DENTALNE MEDICINE (STOMATOLOGIJA).**

Uvjerenje je izdano temeljem izvršene provjere motoričkih sposobnosti i ostvarenog postignuća procijenjenih na testovima (skor) i to:

1. GIBSONOV SPIRALNI LABIRINT: 1. ISPOD PROSJEKA
2. PROSJEČAN
3. IZNAD PROSJEKA
(zaokružiti rezultat testa)

2. BONNARDELOVA SINUSOIDA: 1. ISPOD PROSJEKA
2. PROSJEČAN
3. IZNAD PROSJEKA
(zaokružiti rezultat testa)

U _____, dana _____ 2010.

(ime i prezime psihologa koji je obavio provjeru)

(potpis psihologa koji je obavio provjeru)

(potpis voditelja ordinacije
gdje je obavljena provjera)

M P
(ovlaštene ordinacije)