**Obrazac**

**Prijava nepravilnosti**

**na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

|  |
| --- |
| **Podaci o prijavitelju nepravilnosti:** |
| Ime i prezime prijavitelja:  Mjesto i adresa stanovanja:  e-mail adresa, broj telefona i mobitela:  Naziv poslodavca prijavitelja: |
| **Podaci o prijavljenom tijelu ili osobi / osobama na koje se prijava odnosi:** |
|  |
| **Informacije o nepravilnosti koja se prijavljuje:** |
|  |
| **Datum podnošenja prijave:** |