

## P R I S T U P N I C A

Prezime i ime: \_\_\_\_\_

Datum i mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

JMBG: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_