



Institut za
medicinska
istraživanja
i medicinu
rada

Institute
for Medical
Research and
Occupational
Health

Obrazac izjave – prilog prijavi na natječaj za znanstvena radna mjesta Instituta

IZJAVA O IZVORNOSTI

Ja, _____,
(Ime i prezime, Datum rođenja, OIB)

izjavljujem pod moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću da su svi moji objavljeni radovi, kongresna priopćenja i ostali objavljeni prilozi i dostignuća izvorni rezultat vlastitog rada i ne sadrže druge izvore osim onih koji su navedeni u publikacijama.

U _____
(Mjesto, Datum)

(Vlastoručni potpis)

T +385 1 4682 500

E uprava@imi.hr

A Ksaverska cesta 2, 10 001 Zagreb

P. P. 291

W www.imi.hr