
(IME I PREZIME KANDIDATA)

(ADRESA, MJESTO STANOVANJA)

(KONTAKT TELEFON)

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ARHIV FEDERACIJE BIH
Komisija za polaganje stručnog arhivističkog ispita

ZAHTJEV ZA POLAGANJE STRUČNOG
ARHIVISTIČKOG ISPITA

Ja _____ iz _____
IME, (IME JEDNOG RODITELJA) I PREZIME MJESTO

rođen-a _____ u _____ obraćam se naslovu sa
DATUM ROĐENJA MJESTO ROĐENJA

zahtjevom da mi se odobri polaganje arhivističkog ispita dana _____
DATUM POLAGANJA

Završio-la sam školu/fakultet _____
NAZIV ŠKOLE / FAKULTETA
u _____

Zaposlen-a u _____
MJESTO ZAVRŠENE ŠKOLE

Adresa institucije ili preduzeća: _____

Radim na poslovima _____

PRILOG:

1. Uvjerenje/ diploma o završenoj školi
2. Potvrda o radnom stažu

PODNOŠILAC ZAHTJEVA
