

**ZF**UNIVERZA V LJUBLJANI
Zdravstvena fakulteta

DATUM PREJEMA VLOGE (izpolni ZF)

Komisija za dodiplomski / magistrski študij
Zdravstvena fakulteta
Zdravstvena pot 5
1000 Ljubljana

ZADEVA: Vloga za priznanje v tujini opravljenih obveznosti

IME IN PRIIMEK ŠTUDENTA	
NASLOV, POŠTNA ŠTEVILKA IN KRAJ	
VPISNA ŠTEVILKA	
ŠTUDIJSKI PROGRAM, STOPNJA	
LETNIK ŠTUDIJA	
ŠTUDIJSKO LETO	
TIP ŠTUDIJSKE IZMENJAVE	Erasmus+ študij Erasmus+ praksa Erasmus+ KIP (ang. BIP) CEEPUS Druge aktivnosti v tujini:
DATUM IZMENJAVE	OD _____ DO _____
USTANOVA, KJER JE POTEKALA IZMENJAVA	
MESTO, DRŽAVA	

Prosim komisijo za dodiplomski / magistrski študij, da mi na podlagi priloženih potrdil (priloge) prizna študijske obveznosti za naslednje v tujini opravljene predmete (podlaga za izpolnjevanje je študijski načrt):

Naziv predmeta (aktivnosti) na gostujoči instituciji	ECTS	Naziv primerljivega predmeta na UL ZF	ECTS	Ocena
SKUPAJ ECTS				

Študent/ka

ime, priimek

datum

podpis

Oddelčni koordinator

ime, priimek

datum

podpis

Obvezne priloge:

- študijski načrt (podpisan in izpolnjen)
- študijski sporazum (če ni bil podpisan OLA)
- potrdilo tuje institucije o opravljenih obveznostih
- potrdilo tuje institucije o opravljeni mobilnosti