

**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<br>Erasmus+ praksa<br>Erasmus+ KIP (ang. BIP)<br>CEEPUS<br>Druge aktivnosti v tujini: |
| DATUM IZMENJAVE                      | OD _____ DO _____                                                                                     |
| DATUM VIRTUALNEGA DELA (če obstaja)  |                                                                                                       |
| 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