



NAMERA ZA OPRAVLJANJE PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA

PODATKI O ŠTUDENTU

Ime in priimek: _____ Vpisna številka: _____
Študijska smer: _____ Stopnja (ustrezno obkroži): 1. stopnja 2. stopnja
Naslov: _____
MOBILNI TELEFON: _____ e - pošta: _____

PROŠNJA

- ☐ Komisijo za **dodiplomski** študij prosim za opravljanje praktičnega usposabljanja
- ☐ Komisijo za **magistrski** študij prosim za opravljanje praktičnega usposabljanja

MANJKAJOČE PRAKTIČNO USPOSABLJANJE V VPISANEM ŠTUDIJSKEM PROGRAMU	
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Datum: _____

Podpis študenta: _____

Prošnjo pošljite na naslov:

Zdravstvena fakulteta

Komisija za dodiplomski študij oz. Komisija za magistrski študij

Zdravstvena pot 5

1000 Ljubljana