



PROŠNJA ZA DOKONČANJE ŠTUDIJA po prekinitvi študija za dve ali več let

PODATKI O ŠTUDENTU

Ime in priimek: _____ Vpisna številka: _____

Študijska smer: _____ Stopnja (ustrezno obkroži): 1. stopnja 2. stopnja

Naslov: _____

MOBILNI TELEFON: _____ e - pošta: _____

Prvič vpisan(a) v študijskem letu _____ v Zadnjič vpisan(a) v študijskem letu _____ v

1. 2. 3. 4. letnik

1. 2. 3. 4. letnik / dodatno leto

PROŠNJA

- Komisijo za **dodiplomski** študij prosim za dokončanje študija po prekinitvi
- Komisijo za **magistrski** študij prosim za dokončanje študija po prekinitvi

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

OPOMBA: Za obravnavo vloge za dokončanje študija, bo UL ZF po Ceniku vpisnin in prispevkov s tarifnim delom študentov UL, veljavnem v času zaključka študija, izdala račun.

Datum: _____

Podpis študenta: _____

Prošnjo pošljite na naslov:

Zdravstvena fakulteta

Komisija za dodiplomski študij oz. Komisija za magistrski študij

Zdravstvena pot 5

1000 Ljubljana