



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15
2000 Maribor, Slovenija

PRILOGA 6: Vloga za vračilo šolnine

VLOGA ZA VRAČILO ŠOLNINE

Podatki o prosilcu/ki:

Ime in priimek: _____ ID študenta: _____

Datum rojstva: _____

Telefon: _____ e-pošta: _____

Študijski program: _____ Stopnja študija: 1. 2. 3.

Študijsko leto: _____ Prijava za študij s posredovanjem agencije: Da Ne

Datum izpisa iz študijskega programa: _____

Razlog za vračilo (ustrezno označite):

težja bolezen študenta/tke, partnerja ali v študentovi/tkini ožji družini

smrt študenta/tke, partnerja ali v študentovi/tkini ožji družini

drugi posebni razlogi nezmožnost pravočasne pridobitve vize oz. dovoljenja za začasno prebivanje za namene študija v R Sloveniji zaradi administrativnih preprek

drugi razlogi: _____

Izjava študenta/tke:

Izjavljam, da so podatki, ki sem jih navedel/a, resnični in pravilni. Prebral/a in razumel/a sem informacije, ki jih vsebuje ta vloga.

Podpis: _____ Datum: _____

Izpolni fakulteta:

Datum prejema vloge: _____ Višina vplačane šolnine (v EUR): _____

Odobreno vračilo: Da Ne

Odobren % vračila: _____ Odobren znesek vračila: _____

Dekan/dekanica: _____