



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15  
2000 Maribor, Slovenija

**PRILOGA 7: Vloga za vračilo šolnine (v primeru, ko je študent ne more oddati sam)**

## **VLOGA ZA VRAČILO ŠOLNINE (V PRIMERU, KO JE ŠTUDENT NE MORE ODDATI SAM)**

### **Podatki o študentu/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:** \_\_\_\_\_

### **Podatki o prosilcu/prosilki vračila šolnine:**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Razmerje do študenta/tke: \_\_\_\_\_

Podlaga, iz katere izhaja, da gre za bližnjo osebo, ki je upravičena do vračila (npr. dedni dogovor) :

\_\_\_\_\_

### **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 prosilca/prosilke za vračilo šolnine:**

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: \_\_\_\_\_