



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15  
2000 Maribor, Slovenija

**Priloga 1**

Datum: \_\_\_\_\_

### PROŠNJA ZA PODALJŠANJE ROKA VELJAVNOSTI TEME ZAKLJUČNEGA DELA

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov prebivališča: \_\_\_\_\_

Vpisna številka: \_\_\_\_\_ Način študija:  redni  izredni

Naslov zaključnega dela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Potrjena s sklepom dekana, dne: \_\_\_\_\_

Rok za oddajo zaključnega dela: \_\_\_\_\_

Mentor: \_\_\_\_\_

Somentor: \_\_\_\_\_

Utemeljitev prošnje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mentor/somentor s svojim podpisom potrjuje, da se s podaljšanjem strinja.**

Podpis somentorja:

\_\_\_\_\_

Podpis mentorja:

\_\_\_\_\_

Podpis študenta:

\_\_\_\_\_

---

**IZPOLNI DEKAN UM FZV**

Na podlagi 6. odstavka 7. člena Pravilnika o postopku priprave in zagovora zaključnega dela na študijskih programih prve in druge stopnje Univerze v Mariboru se veljavnost teme zaključnega dela podaljša za: \_\_\_\_\_ mesecev (največ eno leto).

Datum: \_\_\_\_\_

Dekan: \_\_\_\_\_