



Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15
2000 Maribor, Slovenija

Priloga 4
izpolni lektor

POTRDILO LEKTORJA O LEKTORIRANJU NA ŠTUDIJSKIH PROGRAMIH 1. in 2. STOPNJE

_____ (ime in priimek lektorja) s svojim podpisom

potrjujem, da sem

zaključno delo z naslovom: _____

avtorja: _____

jezikovno pregledal in da je zaključno delo jezikovno ustrezno.

Datum: _____

Podpis lektorja:

PRILOGE:

- dokazilo o ustrezni strokovni izobrazbi lektorja