



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: _____