



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15  
2000 Maribor, Slovenija

**Priloga 4**  
izpolni lektor

### POTRDILO LEKTORJA O LEKTORIRANJU NA ŠTUDIJSKIH PROGRAMIH 1. 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