



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15
2000 Maribor, Slovenija

PRIJAVA ZA ŠTUDIJO OZ. PRAKSO V TUJINI

Priimek in ime			
Naslov			
Telefon		E-pošta	
Vpisna številka		Letnik študija na UM FZV	
Program			
Smer študija			
Izpolnite, če ste že študirali ali opravljali prakso v tujini	Institucija:		
	Kdaj	Od:	Do:

Navedite obdobje študija ali prakse (od-do), ki ga želite opravljati v tujini in program mobilnosti (npr. Erasmus, CEEPUS, NFM), na katerega se prijavljate:

Navedite institucijo, na kateri želite študirati oz. opravljati prakso:

Prva prioriteta	Druga prioriteta	Tretja prioriteta

S podpisom zagotavljam, da sem seznanjen(a) s pogoji študija oz. prakse v tujini in da bom izpolnil(a) vse obveznosti, ki jih zahteva študij v tujini od študenta Univerze v Mariboru oz. Fakultete za zdravstvene vede. Na partnerski univerzi bom tudi predstavil(a) Slovenijo in študij na UM FZV ter po vrnitvi domov informiral(a) slovenske študente o študiju v tujini.

Maribor,

Podpis:



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15
2000 Maribor, Slovenija

Soglasje nosilca učne enote oz. mentorja prakse/diplomskega/magistrskega dela o opravljanju obveznosti v tujini

Podpisani _____, nosilec učne enote oz. mentor
prakse/diplomskega/magistrskega dela z naslovom _____

_____ ,
soglašam, da študent _____ z vpisno številko _____
opravi _____
(_____ ECTS oz. ure) na partnerski univerzi / fakulteti /instituciji _____

_____ ,
v okviru študijske izmenjave.

Podpis nosilca predmeta oz. mentorja prakse/ diplomskega / magistrskega dela: _____

Maribor, _____

Erasmus koordinator	Pristojni prodekan	Dekan
Datum:	Datum:	Datum:
Podpis:	Podpis:	Podpis: