



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede

Žitna ulica 15  
2000 Maribor, Slovenija

**Priloga 7**

### **IZJAVA O OBJAVI OSEBNIH PODATKOV**

Ime in priimek diplomant-a/magistrant-/-ke: \_\_\_\_\_

ID številka: \_\_\_\_\_

Študijski program: \_\_\_\_\_

Naslov zaključnega dela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mentor/-ica: \_\_\_\_\_

Somentor/-ica: \_\_\_\_\_

Podpisan-i/-a izjavljam, da dovoljujem objavo osebnih podatkov, vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto zaključka študija, naslov zaključnega dela) na spletnih straneh Univerze v Mariboru in v publikacijah Univerze v Mariboru.

Datum in kraj:

Podpis diplomanta/magistranta/-ke:

\_\_\_\_\_