

Priimek in ime: _____

Vpisna št.: _____

Služba za študijske zadeve
Zdravstvena fakulteta
Zdravstvena pot 5
1000 LJUBLJANA

Zadeva: **PROŠNJA ZA IZPIS IN PREKINITEV STATUSA PO ZAKLJUČKU ŠTUDIJA**

Spodaj podpisani(-a) prosim Zdravstveno fakulteto za uradno prekinitev statusa študenta v skladu s petim odstavkom 70. člena Zakona o visokem šolstvu in tretjim odstavkom 9. člena Zakona za urejanje položaja študentov.

Študij sem zaključil(-a) dne _____.

Na kratko napišite razloge za prekinitev statusa:

Opozorilo:

Študentu preneha status študenta z dnevom izpisa (izguba zavarovanja, možnost dela preko študentske napotnice ter druge ugodnosti, ki izhajajo iz naslova statusa študenta za tekoče študijsko leto).

Datum: _____

Podpis študenta: _____

Podpis Službe za študijske zadeve: _____