

Priimek in ime: _____

Vpisna št.: _____

Služba za študijske zadeve
Zdravstvena fakulteta
Zdravstvena pot 5
1000 LJUBLJANA

Zadeva: **PROŠNJA ZA IZPIS**

Spodaj podpisani(-a), v študijskem letu _____ / _____ vpisan-a v študijski program
_____ Zdravstvene fakultete UL, vas vljudno prosim za izpis.

Na kratko napišite razloge za izpis:

Datum: _____

Podpis študenta: _____

Opomba:

Študent(-ka) ima poravnane vse obveznosti v knjižnici UL ZF.

Ime in priimek pristojne osebe v knjižnici: _____

Datum: _____

Podpis: _____