

Taborska ulica 8
2000 Maribor, Slovenija

Ime in priimek: Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo.

Stalni naslov: Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo.

**PROŠNJA ZA ODPOVED STATUSA (po diplomiranju)**

Podpisani-a Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo., študent-ka študijskega programa Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo., prosim za ODPOVED STATUSA na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru, ki mi velja do Kliknite ali tapnite tukaj, če želite vnesti besedilo..

Seznanjen-a sem, da mi z dnem odpovedi statusa preneha status študenta na Medicinski fakulteti v Mariboru in s tem povezane pravice in ugodnosti študentov, opredeljene v Zakonu o visokem šolstvu (Uradni list RS, št. 32/12 – uradno prečiščeno besedilo, 40/12 – ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 109/12, 85/14, 75/16, 61/17 – ZUPŠ in 65/17) ter Statutu Univerze v Mariboru (Uradni list RS št. 29/2017– UPB 12).

Datum: Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo. Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_