**IZJAVA**

Spodaj podpisani/a študent/ka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medicinske fakultete Univerze v Mariboru izjavljam, da sem seznanjen z določili Etičnega kodeksa študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru in se zavezujem, da ga bom spoštoval/a.

V Mariboru, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis študenta/ke

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_