Komisija za študijske zadeve

Medicinske fakultete

Univerze v Mariboru

**PROŠNJA ZA NADALJEVANJE ŠTUDIJA PO PREKINITVI**

Spodaj podpisani‐a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vpisna številka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, študent‐ka študijskega programa \_\_\_\_\_. stopnje EMAG/DOK (ustrezno obkrožite) študijskega programa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, v skladu s 122. členom Statuta Univerze v Mariboru (Uradni list RS št. 100/2023 – UPB 14), v študijskem letu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prosim za nadaljevanje študija po prekinitvi ter določitev obveznosti za dokončanje študija z novo generacijo.

Kraj, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priloga: Potrdilo o plačilu izdaje sklepa