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

Naslov: Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo.

Vpisna številka: Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo.

**VLOGA ZA UGOTOVITEV ZAKLJUČENEGA DODIPLOMSKEGA ŠTUDIJA**

Podpisani-a Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo., študent-ka univerzitetnega / enovitega magistrskega (ustrezno obkroži) študijskega programa SPLOŠNA MEDICINA, smer SPLOŠNA MEDICINA, prosim za ugotovitev zaključenega dodiplomskega študija.

Podpisani-a izjavljam, da dovoljujem objavo osebnih podatkov, vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum zaključka študija) na spletnih straneh in v publikacijah MF/UM.

Datum: Kliknite tukaj, če želite vnesti besedilo.

Podpis študenta-ke:

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