



Univerza v Mariboru

Medicinska fakulteta

ODJAVNICA OD IZPITA/IZPITNEGA KOLOKVIJA

Študent/ka _____ (ime, priimek) z vpisno številko _____

programa EMAG _____, ____ letnik,

se odjavljam od izpitnega roka _____ (datum)

pri učni enoti _____.

V Mariboru, dne _____

Podpis: _____