



UNIVERZA V MARIBORU
MEDICINSKA FAKULTETA
PRIJAVNICA

Zap. št.:

Vpisna številka: _____ Priimek ime: _____

Kraj prebivališča: _____

Način študija: REDNI

Vrsta študija: EMAG

Stopnja študija: 2.

Letnik: _____

Študijski program, smer: _____

Leto prvega vpisa: _____

Oblika preverjanja znanja:

Predmet: _____

Izvajalec izpita: _____

Datum izpita: _____

Ura izpita: _____

Kraj izpita: MARIBOR

Datum zadnjega preverjanja znanja:

Število pristopov:

Komentar na prij.:

Opravljenosti obveznosti: _____ (da, ne)
seminarska naloga, kolokvij, nastop, drugo:

Zapisnik o preverjanju znanja (potek izpita, izpitna vprašanja)¹: Ni pristopil: _____

Skupna ocena pri učni enoti:

Podpis izvajalca izpita:

Podpis članov komisije za komisijski izpit:

¹Zapisnik o preverjanju znanja se obvezno izpolni (ali priložijo vprašanja) v primeru komisijskega izpita.