



Univerza v Mariboru

Medicinska fakulteta

Taborska ulica 8
2000 Maribor, Slovenija

**OBRAZEC ZA PRIDOBITEV DOVOLJENJA ZA OPRAVLJANJE NEPLAČANE ŠTUDENTSKE PRAKSE
V UKC MARIBOR**

Spodaj podpisani/-a _____, študent/študentka ____ letnika Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, sem se dogovoril/-a s spodaj podpisanim predstojnikom želenega oddelka v UKC Maribor za možnost opravljanja neplačane študentske prakse na oddelku v skladu s Pogodbo o sodelovanju med MF UM in UKC Maribor št. 075/2016/1. S tem dokumentom izkazujem, da sem za to pridobil/-a ustrezna dovoljenja s strani Medicinske Fakultete Univerze v Mariboru in UKC Maribor.

Maribor, _____

Podpis: _____

Soglasje predstojnika oddelka

Spodaj podpisani _____, predstojnik

Oddelka za _____ UKC Maribor dovoljujem zgoraj podpisanemu/i študentu/ki, da na oddelku opravlja neplačano študentsko prakso, v skladu s Pogodbo o sodelovanju med MF UM in UKC Maribor št. 075/2016/1 v času.

Maribor, _____

Podpis: _____

Žig:

Soglasje dekana Medicinske fakultete Univerze v Mariboru

Spodaj podpisani, dekan Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, red. prof. dr. Ivan Krajnc dovoljujem, zgoraj podpisanemu/i študentu/študentki opravljanje neplačane študentske prakse v UKC Maribor, kot je to določeno s Pogodbo o sodelovanju med MF UM in UKC Maribor št. 075/2016/1.

Maribor, _____

Podpis: _____

Žig:

