



## PODATKI O ŠTUDENTU

Priimek in ime:

Stalno prebivališče:

EMŠO:

Vpisna številka:

Način študija (obkrožite): IZREDNI ŠTUDIJ NA DALJAVO

Študijsko leto:

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis študenta/ke:

## PODATKI O IZVAJALCU

Izvajalec strokovne prakse (polni naziv, naslov):

Matična številka izvajalca:

Davčna številka izvajalca:

Koordinator strokovne prakse pri izvajalcu:

Kontakt

Mentor strokovne prakse pri izvajalcu:

Kontakt:

Izobrazba mentorja strokovne prakse:

Datum začetka opravljanja strokovne prakse:

Datum zaključka opravljanja strokovne prakse:

Dogovorjene delovne naloge:

Ime in priimek odgovorne osebe izvajalca strokovne prakse:

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis odgovorne osebe izvajalca:

## NOSILEC STROKOVNE PRAKSE

Prijava se:

- odobri,
- ne odobri, ker \_\_\_\_\_

Podpis nosilca strokovne prakse:

Žig: