



ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE ISPITA

Obrazac 2

Ime i prezime studenta-ice: _____

Matični broj studenta-ice: _____

Studij: _____

Adresa prebivališta ili privremenog boravka: _____

Tel: _____ Mob: _____

Molim priznavanje kolegija (naziv kolegija na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek) _____

Ispit je položen na (visoko učilište na kojem je ispit položen):

Ispit je položen iz kolegija (naziv kolegija pod kojim je ispit položen):

Uz zamolbu prilažem:

1. Prijepis ocjena
2. Indeks
3. Nastavni plan i program predmeta

Student-ica _____

Osijek, _____ godine

PREDMETNI NASTAVNIK:

Na osnovu prijepisa ocjena o položenom ispitu i nastavnom programu predmeta ispit se:

- a) Priznaje u cijelosti s ocjenom _____
 - b) Ispit se priznaje
 - c) Ispit se djelomično priznaje
-

U Osijeku, _____

Predmetni nastavnik _____