

UNIVERZITET U SARAJEVU
MEDICINSKI FAKULTET

ZAHTJEV DOSTAVITI

Predsjedniku komisije za provođenje postupka ekvivalencije

DATUM PODNOŠENJA ZAHTJEVA: _____

Ime i prezime podnosioca zahtjeva za priznavanje položenih predmeta i ECTS studijskih bodova:

Naziv fakulteta na kojem je podnosilac zahtjeva upisan (organizacione jedinice):

Broj index-a / upisnice: _____ / trenutni status studiranja _____
(redovni, redovno samofinansirajući, vanredni; DL)

Naziv studijskog programa podnosioca zahtjeva:

Naziv odsjeka ili studijskog smjera podnosioca zahtjeva:

Zadnji put upisan/a u _____ godinu studija, školske _____

Broj telefona: _____ e - mail: _____

Obrazloženje zahtjeva:

Uz zahtjev prilažem:

A) Original uvjerenje o položenim ispitima (transkript) ☐

B) Dokumente koji pokazuju naziv fakulteta

☐

C) Sadržaje nastavnog predmeta ☐

D) Nastavni plan i program i status položenih ispita

☐

POTPIS PODNOSIOCA ZAHTJEVA: