



POTRDILO O OPRAVLJENEM CEPLJENJU PROTI KLOPNEMU MENINGOENCEFALITISU

PODATKI O ŠTUDENTU/-KI

Ime in priimek	_____	
Dekliški priimek	_____	
Način študija	<input type="checkbox"/> redni	<input type="checkbox"/> izredni
Vpisna številka	_____	
Študijski program	_____	
Telefonska številka	_____	
Naslov	_____	
Elektronski naslov	_____	
Letnik študija	_____	Študijsko leto _____

POTRDILO

Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani (Aškerčeva 4, 1000 Ljubljana), s spodnjim žigom in podpisom potrjuje, da je študent/-ka opravil/-a cepljenje proti kolopnemu meningoencefalitisu:

I. Cepljenje: Datum _____ Podpis in žig _____

II. Cepljenje: Datum _____ Podpis in žig _____

III. Cepljenje: Datum _____ Podpis in žig _____