



POTRDILO O OPRAVLJENEM SISTEMATSKEM PREGLEDU

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 sistematski pregled.

Datum _____ Podpis in žig _____