



ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE ISPITA

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 _____

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 ne priznaje
- c) ispit se djelomično priznaje

U Osijeku, _____

Predmetni nastavnik; _____