



Univerza v Mariboru

Fakulteta za varnostne vede

### Prijava študenta\_ke na praktično usposabljanje

Ime in priimek študenta\_ke: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Davčna številka: \_\_\_\_\_

Vpisna številka: \_\_\_\_\_ Letnik študija: \_\_\_\_\_

Študijski program: \_\_\_\_\_

Področja dela v okviru praktičnega usposabljanja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Delovna organizacija izvajanja praktičnega usposabljanja (naziv, točen naslov in kontaktni podatki):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obdobje opravljanja praktičnega usposabljanja: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

v skupnem številu \_\_\_\_\_ delovnih ur.

Kratek opis vsebine dela, ki ga bo študent\_ka opravljal\_a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ime, priimek, izobrazba in delovno mesto delovne\_ga mentorice\_ja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ime in priimek odgovorne osebe delovne organizacije: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis študentke\_a: \_\_\_\_\_

#### Izjava nosilke\_ca učne enote in delovne organizacije:

S podpisom potrjujem ustreznost zapisanega.

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis nosilke\_ca:

Podpis odgovorne osebe delovne organizacije:

