

VELEUČILIŠTE U RIJECI
POVJERENSTVO ZA NASTAVU I
STUDENTSKA PITANJA
Vukovarska 58
51 000 Rijeka

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Adresa (mjesto, ulica i broj): _____

Broj telefona/mobitela: _____

Matični broj studenta/JMBAG: _____

E-mail adresa: _____

Naziv studijskog programa i usmjerenja: _____

Godina prvog upisa na studijski program: _____

Broj stečenih ECTS bodova: _____

ZAHTJEV ZA UPIS NAKON GUBITKA STATUSA STUDENTA

Molim da mi odobrite nastavak studija nakon gubitka statusa studenta.

U _____, dana _____

Potpis studenta