Број:

Датум: \_\_.20\_\_ година

Скопје

**До**

**Медицински факултет во Скопје**

**Совет настудискатапрограма**

**ПРИЈАВА**

**зареализирана меѓународна мобилност**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме |  |
| Студискапрограма |  |
| Бројнаиндекс |  |
| Годинанауписнастудии |  |
| Реализирана меѓународна мобилност. | (институција, место) |
| Период (најмалку една недела) |  |
| Потврдувамдекагиисполнувамситеусловиодстудискатапрограмазаподнесувањенаоваапријава, | (потписнастудентот) |
| Јаспроф. д-р \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  потврдувам дека студентиот ги исполнува условите за добивање кредити за реализација на оваа активност. | (потписнаменторот) |

Прилози:(Да се наведат прилозите)