Ime i prezime studenta:

Broj mobitela:

E-mail:

Broj indeksa:

SMJER:

SVEUČILIŠTE U SPLITU KINEZIOLOŠKI FAKULTET SPLIT, Teslina 6

STUDENTSKOJ SLUŽBI za

# KOLEGIJU STRUČNIH STUDIJA

**PREDMET: Molba za određivanja datuma obrane završnog rada**

Molite se odrediti datum obrane završnog rada pod temom:

Mentora/sumentora:

a temeljem suglasnosti Povjerenstva za ocjenu i obranu završnog rada u sastavu:

1. , mentor/predsjednik povjerenstva
2. , član
3. , član
4. , zamjenski član

# Izjavljujem da sam ostvario-la     ECTS bodova (min. 170/174) i izvršio-la sve ostale obveze na stručnom prijediplomskom studiju kineziologije.

Uz prijavu prilažem suglasnost Povjerenstva. Split,

potpis studenta

Uvidom u indeks i dosje studenta utvrđuje se da isti ima \_\_\_\_ects bodova, te da ima pravo pristupiti obrani završnog rada.

Studentska služba

**Obrana završnog rada određuje se za dan s početkom u**

 **sati.**

**Voditelj stručnog studija**

**SUGLASAN**

Prodekan za nastavu i studente

Doc.dr.sc.Šime Veršić