*(ime i prezime, e-mail, mobitel)*

STUDIJ:

SMJER:

SVEUČILIŠTE U SPLITU KINEZIOLOŠKI FAKULTET SPLIT, Teslina 6

# KOLEGIJ STRUČNIH STUDIJA

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

Molite se odrediti datum obrane završnog rada pod temom: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mentora:

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 i suglasnost Povjerenstva.

Split,

potpis studenta

Uvidom u ISVU sustav 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 odsjeka stručnih studija**

**SUGLASAN**

Prodekan za nastavu i studente

Doc.dr.sc. Šime Veršić