**Zdravstveno veleučilište**

 **n/p Erasmus koordinatora**

 **Mlinarska cesta 38**

 **10000 Zagreb**

**MOBILNOST STUDENATA U SKLOPU PROGRAMA ERASMUS+ U AKADEMSKOJ GODINI 20..../20....**

**Predmet: Izjava o prihvaćanju *zero-grant* statusa** *(IME I PREZIME STUDENTA)*

Potvrđujem da prihvaćam studijski boravak/stručnu praksu na inozemnoj ustanovi ......................................................... u .................. semestru akademske godine 201.../201..., na ...... mjeseci, u svojstvu *'zero-grant'* studenta, tj. studenta sa svim pravima Erasmus+ studenata, ali bez financijske potpore.

Potpis studenta: ……………………………

Datum:……………………………………..

**Izjava voditelja studija:** Potvrđujem da sam suglasan/suglasna s gore navedenim studijskim boravkom/stručnom praksom.

Ime i prezime voditelja studija: ………………………………………………….

Datum: ……………………………Potpis: ………………………………………