

Podaci o podnositelju zahtjeva	
Ime i prezime	
Adresa i broj telefona	
Matični broj indeksa	
Studij i godina	

Zdravstveno veleučilište
Mlinarska cesta 38
HR-10000 ZAGREB

Zahtjev za priznavanje ispita

Na *(navesti naziv visokog učilišta)* _____
odsluša/la sam predmet *(navesti naziv predmeta)* _____

akademske godine _____
koji prema nastavnom programu sadrži ukupno *(navesti ukupan broj sati nastave za predmet)* _____
sati nastave i to predavanja _____ sati, seminara _____ sati i vježbi _____ sati.
(Izvadak iz nastavnog plana koji se odnose na navedeni predmet dostavljam Vam u prilogu.)

Ispit iz navedenog predmeta položio/la sam dana _____
s ocjenom _____.

Budući smatram da je navedeni predmet po obimu i sadržaju istovjetan predmetu *(navesti naziv predmet na ZVU)* _____
koji se akademske godine _____ sluša na studiju _____
Zdravstvenog veleučilišta Zagreb podnosim zahtjev za priznavanje položenog ispita.

U Zagrebu, _____

_____ Vlastoručni potpis

Prilozi:

- Indeks visokog učilišta s upisanim i položenim odnosnim predmetom
- Indeks Zdravstvenog veleučilišta Zagreb za koji se traži priznavanje ispita
- Izvadak iz nastavnog plana visokog učilišta za predmet čije se priznavanje traži.