

ODPOVED STATUSA ŠTUDENTA

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Vpisna številka: _____

Naslov: _____

Pošta in kraj: _____

Študijski program: _____

Način študija (redni/izredni): _____

Študijsko leto zaključka študija: _____

IZJAVA ŠTUDENTA

Seznajen(a) sem, da mi z mojo odpovedjo statusa študenta z dnem _____, skladno s 70. členom Zakona o visokem šolstvu (Uradni list RS, št. 32/12 – uradno prečiščeno besedilo, 40/12-ZUJF, 57/12 – ZPCP-2D, 109/12, 85/14, 75/16, 61/17 – ZUPŠ in 65/17) preneha status študenta na Fakulteti za upravo Univerze v Ljubljani in s tem nisem več upravičen(a) do pravic in ugodnosti študentov, opredeljenih v 69. členu Zakona o visokem šolstvu ter da moram o prenehanju statusa študenta obvestiti vse institucije, pri katerih sem koristil bonitete študenta, pridobljene iz naslova statusa študenta.

Kraj: _____

Datum: _____

Podpis študenta: _____

POTRDITEV REFERATA ZA ŠTUDIJSKE ZADEVE

Datum zaključka študija na FU: _____

Datum odpovedi statusa študenta: _____

Datum poročanja odpovedi statusa študenta v eVŠ: _____

Ime in priimek odgovorne osebe: _____

Datum in kraj: _____