

IZJAVA DELOVNE ORGANIZACIJE

Izjavljamo, da bomo omogočili praktično usposabljanje študentu(ki) **Univerze na Primorskem Fakultete za vede o zdravju** v skladu s predpisanimi vsebinami praktičnega usposabljanja na **dodiplomskem strokovnem študijskem programu Prehransko svetovanje - Dietetika**.

POMEMBNO! Zavod študenta(ke) ne sme sprejeti na praktično usposabljanje, v kolikor s fakulteto nima sklenjene veljavne pogodbe.

Delovna organizacija			
Sedež			
Telefon		Fax	
Odgovorna oseba		Podpis in žig	

Študent(ka) bo praktično usposabljanje opravljal(a):

- v obsegu _____ ur,
- od _____ do _____.

Podatki o mentorju, ki bo vodil praktično usposabljanje študenta(ke):

Ime in priimek			
Izobrazba			
Delo, ki ga opravlja			
Kontaktne podatki (e-naslov, tel.)			
Podpis mentorja*		Datum:	

** Izpolnjeno in podpisano izjavo vrnite študentu(ki), ki mu (ji) boste omogočili praktično usposabljanje.*

Podatki o študentu(ki), ki mu (ji) bomo omogočili praktično usposabljanje:

Ime in priimek			
Naslov			
Študijski program	Prehransko svetovanje - dietetika		
Letnik in vrsta študija (obkroži)	2.	3.	in REDNI IZREDNI

----- **Izpolni šolski koordinator na UP FVZ** -----

Izbrana delovna organizacija je (obkroži):

PRIMERNA

NEPRIMERNA

Podpis:

Datum:

Delovna organizacija			
Sedež			
Odgovorna oseba			
Telefon		Fax	

PRIJAVA OPRAVLJANJA PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA V TUJINI

Ime in Priimek			
Naslov			
E-naslov			
Davčna številka			
Številka indeksa			
Študijski program in letnik študija			
Študij	Redni	Izredni	
Država			
Mesto			
Delovna (mentorska) organizacija			
Mentor v delovni organizaciji			
Trajanje praktičnega usposabljanja			
Vsebina oz. program praktičnega usposabljanja			
Komisija za mednarodno sodelovanje UP FVZ	Datum:		
	Podpis:		
Odobri predstojnik Katedre za prehransko svetovanje - dietetiko	Odobri prodekan za študijske zadeve		
Datum:	Datum:		
Podpis:	Podpis:		

PRIZNAVANJE OPRAVLJENEGA PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA V TUJINI

Ime in Priimek	
Naslov	
Telefon/ GSM	
Številka indeksa	
Študijski program in letnik študija	

Praktično usposabljanje:

Naziv delovne organizacije	
Trajanje praktičnega usposabljanja	
Mentor v delovni organizaciji	
Področje dela	
Število ECTS	

Odobri predstojnik Katedre za prehransko svetovanje - dietetiko	Odobri prodekan za študijske zadeve
Datum:	Datum:
Podpis:	Podpis:

PROŠNJA ZA ZAMENJAVO DELOVNE ORGANIZACIJE

Podpisani-a, stalno stanujoč-a na naslovu, redni / izredni študent-ka letnika študijskega programa Prehransko svetovanje – dietetika, prosim za odobritev zamenjave delovne organizacije, zaradi (navedite razlog)

Datum:

Podpis študenta-ke:

----- **Izpolni mentor v delovni organizaciji** -----

Mentor (ime, priimek), zaposlen v (ime delovne organizacije), se STRINJAM / NE STRINJAM (obkroži) z zamenjavo delovne organizacije za izvajanje praktičnega usposabljanja študenta-ke (ime, priimek)

Poročilo o opravljenem delu bom oddal v pristojno službo delovne organizacije najkasneje v enem tednu po zaključku praktičnega usposabljanja študenta-ke, ta pa ga bo, skupaj z izstavljenim računom, posredovala fakulteti.

Datum:

Podpis:

----- **Izpolni šolski koordinator na UP FVZ** -----

Zamenjava delovne organizacije se (obkroži):

DOVOLI

NE DOVOLI

Datum:

Podpis: