

**Služba za študentske zadeve**  
**Referat za dodiplomski študij**  
**Vrazov trg 2**  
**1000 Ljubljana**

Kraj: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

---

**Zadeva: Vpis ocene pri izbirnem predmetu Raziskovanje v medicini /  
Raziskovalno delo za Prešernovo nagrado**

za študenta/šudentko \_\_\_\_\_,

vpisna številka \_\_\_\_\_ .

Spodaj podpisani/-a \_\_\_\_\_

potrjujem, da je zgoraj omenjeni/-a študent/-ka, vpisan na medicino/dentalno medicino  
UL MF, pod mojim mentorstvom v celoti opravil/-a obveznosti izbirnega predmeta  
Raziskovanje v medicini/Raziskovalno delo za Prešernovo nagrado in dne  
\_\_\_\_\_ oddal/-a Prešernovo nalogo z naslovom:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Delo ocenjujem z oceno: \_\_\_\_\_

Podpis mentorja:

Podpis in žig predstojnika/katedre: