Број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ година

Скопје

**До**

**Наставно-научниот совет на Стоматолошкиот факултетот во Скопје**

**Преку Совет на студиската програма за трет циклус студии-докторски студии по стоматолошки науки на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј” во Скопје, Стоматолошки факултет -Скопје**

**ПРИЈАВА**

**за реализирана меѓународна мобилност**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме |  |
| Број на индекс |  |
| Студиска програма |  |
| Година на запишување на трет циклус на академски студии – докторски студии  |  |
| Реализирана меѓународна мобилност | (институција, место) |
| Период (најмалку една недела) |  |

Јас, проф. д-р \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,како ментор, потврдувам дека студентот ги исполнува условите за добивање на 6 ЕКТС - кредити за реализација на оваа активност.

 Ментор Студент

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прилог:

* Извештај за реализирана меѓународна мобилност