|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА**  **Уни­вер­зи­тет „Св. Кирил и Методиј” - Скопје**  **Стоматолошки факултет – Скопје** |  |
| Број: \_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Датум: \_\_\_\_ .20\_\_\_\_\_ го­ди­на  С К О П Ј Е |

С Образец бр. 16

До продеканот за настава на Стоматолошки факултет – Скопје

**БАРАЊЕ**

**за** промена на презиме /име во студентска евиденција

од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, со број на досие/индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_, студент на студиската програма \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Молам да извршите промена на презиме/име, во \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (се наведува документот) и тоа од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ во \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **.**

Име и презиме и своерачен потпис

Тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прилог: Документ со кој се потврдува промената,

уплатница, индекс

**Напомена**: барањето треба да биде таксирано со 50,00 ден. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(број за платена административна такса)*

и заверено во студентската архивата.