|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Obrazac se ispunjava na računalu.* |

**PREDMET PROJEKT**

**Izjava o suglasnosti nastavnika**

Ovu izjavu ispunjavaju nastavnici Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u svrhu realizacije prethodno predloženih aktivnosti u sklopu izbornog predmeta Projekt.

Studenti predmet mogu upisati samo uz ovu pismenu suglasnost nastavnika koju predaju u studentskoj poslovnici prilikom upisa više godine studija.

|  |  |
| --- | --- |
| **Naziv aktivnosti u sklopu predmeta Projekt i akademska godina** | |
|  | |
|  | |
| **Podaci o studentu** | |
| Ime i prezime |  |
| Adresa e-pošte |  |
| Broj mobitela |  |
| Godina studija |  |
|  | |
| **Podaci o nastavniku** | |
| Ime i prezime |  |
| Znanstveno-nastavno zvanje (docent, izvanredni profesor, redoviti profesor – upisati jedno od navedenog) |  |
| Zavod/Katedra |  |
| Adresa e-pošte |  |
| Broj mobitela |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Izjavljujem da sam suglasan uključiti navedenog studenata u navedene aktivnosti u sklopu predmeta Projekt u ovoj akademskoj godini.  Izjavljujem da nisam u sukobu interesa. | | | | | |
|  |  |  |  |  |
| Mjesto i datum |  | Potpis nastavnika |  |  |
|  |  | |  | | |