



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET

Ime i prezime: _____
Naziv studijskog smjera: _____
Godina studija i JMBAG: _____
Adresa stanovanja: _____
Broj telefona ili mobitela: _____
E-pošta: _____
Zagreb, _____
(datum i godina)

MOLBA

za _____

Obrazloženje molbe:

(vlastoručni potpis studenta/studentice)

Suglasna sam da se odobri:

DA

NE

Odobrava se:

DA

NE

Zagreb, _____

Zagreb, _____

Prof. dr. sc. Ružica Razum,
prodekanica za nastavu

Prof. dr. sc. Mario Cifrak,
dekan Fakulteta