



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET

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

MOLBA
za djelomično oslobođenje od plaćanja

Iznos koji trebam platiti je: _____

Razlozi molbe:

Prilažem sljedeće dokumente:

(vlastoručni potpis studenta/studentice)

Suglasan sam da se odobri:

DA NE

Zagreb, _____

Doc. dr. sc. Anto Barišić,
prodekan za financijsko-organizacijska
pitanja i Područni studij

Odobrava se:

DA NE

Zagreb, _____

Prof. dr. sc. Mario Cifrak,
dekan Fakulteta