



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET

Ime i prezime: _____
JMBAG: _____
Naziv studijskog smjera: _____
Godina studija: _____
Adresa stanovanja: _____
Broj mobitela: _____
E-pošta: _____

Zagreb, _____
(datum i godina)

MOLBA

za polaganje ispita pred ispitnim Povjerenstvom KBF-a (3+1)

Naziv predmeta: _____

Šifra predmeta: _____

Nastavnik: _____

(vlastoručni potpis studenta/studentice)

~~~~~  
**Dopušta se polaganje ispita pred ispitnim Povjerenstvom u sastavu:**

1. Predsjednik: \_\_\_\_\_
2. Član: \_\_\_\_\_
3. Član: \_\_\_\_\_

**Dekan Fakulteta**

Zagreb, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prof. dr. sc. Mario Cifrak