



KLASA:
URBROJ:
Zagreb,

Ime i prezime:	_____
JMBAG:	_____ Godina studija: _____
Studijski smjer:	_____
Adresa stanovanja:	_____
Broj mobitela:	_____ E-pošta: _____
Zagreb, _____ (datum i godina)	

M O L B A

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

Naziv predmeta: _____

Šifra predmeta: _____

Predmetni nastavnik: _____
(titula, ime i prezime)

(vlastoručni potpis studenta/studentice)

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

1. Predsjednik: \_\_\_\_\_

2. Član: \_\_\_\_\_

3. Član: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
prof. dr. sc. Mario Cifrak  
v. d. dekana Fakulteta