



Diplomski studij Teološko-religijske znanosti

**ODJAVA DIPLOMSKOG ISPITA**

Ime i prezime:	_____	JMBAG:	_____
Adresa:	_____		
Broj mobitela:	_____	E-pošta:	_____

Datum polaganja diplomskog ispita određen je za: \_\_\_\_\_

Zagreb, \_\_\_\_\_  
(datum i godina)

\_\_\_\_\_  
(vlastoručni potpis studenta/studentice)

Ovjera Studentske referade

Zagreb, \_\_\_\_\_  
(datum i godina)

M.P.

\_\_\_\_\_  
(potpis)