



Univerza v Mariboru

Fakulteta za turizem

Cesta prvih borcev 36

8250 Brežice

POTRDILO O IZVEDBI PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA V ORGANIZACIJI

IZPOLNI ŠTUDENT/-KA

Ime in priimek: _____ Vpisna številka: _____

Študijsko leto: _____ Letnik: _____

Telefon: _____ Elektronski naslov: _____

Organizacija: _____

Naslov organizacije: _____

Datum opravljanje prakse: Od (dd.mm.ll): _____ Do (dd.mm.ll): _____

Število delovnih ur opravljanja prakse: _____

Ime in priimek mentorja/-ice prakse: _____

Elektronski naslov, telefon mentorja/-ice: _____

Oddana priloga:

pisno Poročilo o opravljenem praktičnem usposabljanju

V _____, dne _____

Podpis študenta/-tke

IZPOLNI MENTOR/-ICA PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA V ORGANIZACIJI

Študent/-ka je prakso uspešno opravil/-a.

DA Niti da, niti ne NE

Prosim vas, da podate morebitne komentarje, mnenja, pojasnitve

V _____, dne _____ žig _____

Podpis mentorja v organizaciji