Sveučilište u Zadru

Odjel za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obala kralja Petra Krešimira IV, 2

23000 Zadar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prihvatna ustanova)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (adresa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**U P U T N I C A za stručnu praksu**

Planirano vrijeme stručne prakse: od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Student/ica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (OIB), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (MB studenta/ice)

U skladu s Ugovorom o stručnoj praksi, upućujem gore navedenog/u studenta/icu na stručnu praksu u Vašu ustanovu. Molim Vas da po završetku stručne prakse, ukoliko student/ica uredno obavi sve obveze za vrijeme trajanja stručne prakse, ispunite i pečatom ovjerite Izvješće o obavljenoj stručnoj praksi te da studentu/ici za njegove/njezine potrebe izdate Potvrdu o obavljenoj stručnoj praksi.

**Mentor/ica stručne prakse u prihvatnoj ustanovi**

Ime i prezime:

Funkcija:

Telefon:

E-mail:

**Voditelj/ica stručne prakse**

Ime i prezime:

Funkcija:

Telefon:

E-mail:

S poštovanjem,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voditelj/ica stručne prakse

Diplomski prevoditeljski studij talijanistike