



Univerza v Mariboru

Fakulteta za varnostne vede

POTRDILO O OPRAVLJENEM PRAKTIČNEM USPOSABLJANJU

Ime in priimek študenta: _____

Ime in priimek delovnega mentorja: _____

Naziv delovne organizacije: _____

Datum začetka praktičnega usposabljanja: _____

Datum konca praktičnega usposabljanja: _____

Kraj opravljanja praktičnega usposabljanja: _____

Število opravljenih ur: _____

Praktično usposabljanje je bilo uspešno opravljeno: DA / NE (obkrožite)

Opisna ocena opravljenega praktičnega usposabljanja:

--

_____, _____
kraj datum

žig

podpis delovnega mentorja