**VLOGA ZA PRIZNAVANJE OPRAVLJANJA USPOSABLJANJA/ PRAKSE V TUJINI - PRED IZVEDENO MOBILNOSTJO**

**1 PODATKI O ŠTUDENTU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Priimek in ime |  |
| Naslov |  |
| Telefon |  | E-mail |  |
| Stopnja študija | VS MAG DR | Letnik študija na AMEU | 1. 2. 3. absolvent
 |
| Študijski program  |   |

**2 PODATKI O PODJETJU, KJER BO IZVEDENA PRAKSA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Polno ime podjetja |  |
| Naslov |  |
| Kontaktna oseba |  |
| Email kontaktne osebe |  |
| Spletna stran |  |

**3 PODATKI O MOBILNOSTI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Trajanje (od – do) |  |
| Predvideno število ur dela na področju fizioterapije |  |
| Država |  |

**4. Predvidena vsebina usposabljanja:**

(V enem odstavku opišite predvidene naloge in aktivnosti, ki jih boste izvajali med usposabljanjem)

**5. Predvidene pridobljene kompetence:**

(Navedite specifične kompetence in znanja, ki jih pričakujete pridobiti med usposabljanjem)

[ ]  *Izjavljam, da so zgornji podatki točni in da bom v primeru sprememb nemudoma obvestil/-a pristojno osebo na oddelku.*

Datum in podpis: