**IZJAVA O IZGUBLJENI ŠTUDENTSKI IZKAZNICI**

Spodaj podpisani študent/ka …………………………………………………………, Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, vpisna številka ………………………………………….. izjavljam, da sem izgubil/a študentsko izkaznico.

V Mariboru, dne ……………………………………

 Podpis študenta/ke

 ………………………………………………………