



IZJAVA

Ime in priimek:.....

Naziv, delovno mesto:.....

Tel.:..... Fax:.....E-mail:.....

Naslov stalnega bivališča:.....

(*)Naziv partnerske institucije:

.....

.....

izjavljam, da na drugem visokošolskem zavodu za isto vrsto mobilnost nisem prejel/a sredstev.

V/na, dne.....

Podpis zaposlenega