

**FS**UNIVERZA V LJUBLJANI
Fakulteta za strojništvo

SOGLASJE MENTORJA NA UL FS IN MENTORJA V PODJETJU za opravljanje praktičnega usposabljanja v okviru Visokošolskega strokovnega študijskega programa 1. stopnje Strojništvo - Projektno aplikativni program

Študent/-ka:

Ime in priimek: Vpisna št.:

Naslov:

Poštna številka: Kraj:

E-pošta: Tel./GSM:

Bo v okviru predmeta *Praksa* opravljal/-a štiri tedensko praktično usposabljanje v naslednjem podjetju/laboratoriju:

Podatki o podjetju/laboratoriju:

Podjetje: Tel.:

Odgovorna oseba: Kontaktna oseba:
(direktor/predsednik uprave)

Naslov:

Poštna številka: Kraj:

Čas praktičnega usposabljanja:

Datum pričetka: Datum zaključka:

V, dne Podpis študenta/-ke:

Mentor na fakulteti:

Ime in priimek: Tel./GSM:

E-pošta: Podpis mentorja:

Mentor v podjetju/laboratoriju:

Ime in priimek: Tel./GSM:

E-pošta: Podpis mentorja: