



**Visokoškolska ustanova Evropski univerzitet Brčko distrikt BiH
Tehnički fakultet**

Ime i prezime studenta, br. indeksa	
Studijski program i godina studija na Tehničkom fakultetu	
Kontakt adresa	
Kontakt telefon i e-mail adresa	

**PRIJAVA
OBAVLJANJA STRUČNE PRAKSE**

Prijavljujem studentskoj službi Evropskog univerziteta da namjeravam da obavim stručnu praksu.

Podaci o preduzeću/instituciji

Puno poslovno ime preduzeća/institucije i sjedište	
Trajanje prakse	radnih dana
Mentor stručne prakse (određuje i popunjava preduzeće/institucija)	

U Brčkom, _____ . godine

Potpis studenta

Saglasnost dekana Tehničkog fakulteta prof.dr. Halid Žigić	
Prijemni štambilj	

Dostaviti:

- 1) U dosije studenta, i
- 2) Preduzeću/instituciji u kojoj se obavlja praksa.

M.P.