



**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 Žigi	
Prijemni štambilj	

Dostaviti:

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

**M.P.**