

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
STOMATOLOŠKI FAKULTET**

Gundulićeva 5
HR-10000 Zagreb



**OBRAZAC
IS-PO**

PRIJAVA OBRANE DIPLOMSKOG RADA

1. Podaci o radu:	
Naslov rada:	
2. Podaci o mentoru:	
Ime i prezime:	
Zavod/katedra:	
3. Podaci o studentu:	
Ime i prezime:	
4. Prijedlog povjerenstva za obranu:	
Predsjednik:	
Član 1:	
Član 2:	
5. Datum obrane:	

Zagreb, _____
(mjesto i datum)

Mentor

Student