memo zaglavljeCB

**Кикинда, Светосавска 57; тел/факс: 0230/422-423; e-mail: vsssovki@vaspitacka.edu.rs; www.vaspitacka.edu.rs**

**ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**БРОЈ ИНДЕКСА**

**Адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Сагласно члану 31 став 1 тачка 25 Статута ВШССОВ у Кикинди, достављам

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПЕДАГОШКЕ ПРАКСЕ**

**(ХОСПИТОВАЊЕ, МЕТОДИЧКА ПРАКСА, СТРУЧНА ПРАКСА)**

Школске\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године уписао/ла сам ВШССОВ у Кикинди, студијски програм \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Молим да ми се изда Решење о признавању :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | П Р А К С А | ОДАБРАТИ | ЕСПБ |
| 1. | Хоспитовање I |  | 5 |
| 2. | Хоспитовање II |  | 5 |
| 3. | Методичка пракса I |  | 6 |
| 4. | Методичка пракса II |  | 5 |
| 5. | Методичка пракса III |  | 3 |
| 6. | Методичка пракса IV |  | 6 |
| 7. | Стручна пракса 1 - МО3 |  | 10 |
| 8. | Стручна пракса 2 - МО5 |  | 10 |
| 9. | Стручна пракса 3 - МО9 |  | 12 |

Као доказ о оправданости захтева за признавање достављам :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У Кикинди,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_.године

Дел.бр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подносилац захтева

*Напомена:*

* Индекс
* Доказ о уплати

**Сврха:** Признавање праксе

**Прималац:** ВШССОВ у Кикинди,Светосавска 57

**Текући рачун:** 840-657666-13, позив на број 07-број индекса

**Износ:** 200,00 динара за 1 ЕСПБ