|  |
| --- |
| **Ikt. szám:**  |

**Demonstrátori ösztöndíj - Teljesítésigazolás**

**20\_\_/20\_\_Tanév** TJSz 20/B.§ (4a)

|  |
| --- |
| **Intézet/Tanszék adatai** |
| **Kar neve:** |
| **Intézet/Tanszék neve:** |

|  |
| --- |
| **Demonstrátori ösztöndíjas adatai:** |

|  |
| --- |
| **Kar :** Fogorvostudományi Kar **Szak:** fogorvos **Képzés nyelve:**  |
| **Név:** |
| **Neptun kód:** | **Évfolyam:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Aláírásommal igazolom, hogy …………………….……………………. (név) ösztöndíjas demonstrátori feladatait a demonstrátori megbízás időtartama alatt, 20…………………………………..-tól 20………………………………….-ig teljesítette.**

***A demonstrátori feladatellátási idő a havi 50 órát nem haladhatja meg!***

Dátum:

 P.H.

……………………………………………………..

Intézet/Tanszék vezetője