УНИВЕРЗИТЕТ МЕТРОПОЛИТАН У БЕОГРАДУ

**О Д О Б Р Е Њ Е**

за учешће у мобилности запослених у оквиру програма Erasmus+

Овим потврђујем да *Име и Презиме*  \_\_ , студент/професор „КОЈИ ФАКУЛТЕТ“ има моје одобрење да учествује Мобилности наставног особља у сврху комбиноване мобилност/сврху држања наставе/сврху усавршавања у складу са Уговором потписаним између Универзитета Метрополитан и партнерске институције из КОЈА ДРЖАВА. Реализација ове мобилности предвиђена је у периоду од \_\_\_\_\_ до\_\_\_\_\_ 2024. године.

У Београду, дд. мм. гггг. декан