УНИВЕРЗИТЕТ МЕТРОПОЛИТАН У БЕОГРАДУ

Факултет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**О Д О Б Р Е Њ Е**

за учешће у мобилности запослених у оквиру програма Erasmus+

Овим потврђујем да *Име и Презиме*  \_\_ , професор Факултета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ има моје одобрење да учествује у комбинованом интензивном програму мобилности (Blended Intensive Programme – BIP) под називом **Academia International Staff Week** у складу са Уговором потписаним између Универзитета Метрополитан и партнерске институције из Словеније. Реализација овог BIP-а предвиђена је у периоду од 13.05.2024. до 17.05.2024. године.

У Београду, дд. мм. гггг. Декан, др. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(потпис)