



PRISTOPNA IZJAVA

Spodaj podpisani/podpisana _____ izražam namero k pristopu v Društvo Koroška akademija znanosti in umetnosti (KAZU).

Znanstveni naziv: _____

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Kraj rojstva: _____

Domači naslov: _____

Zaposlitev: _____

Službeni naslov: _____

Mobilni telefon: _____

Elektronska pošta: _____

Fakulteta diplomiranja: _____

Fakulteta magisterija: _____

Fakulteta doktorata: _____

Znanstveno področje: _____

Naslov disertacije: _____

Datum in kraj zagovora disertacije: _____

Drugo: _____

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

S podpisom dovoljujem objavo osebnih podatkov na spletni strani in drugih sredstvih obveščanja KAZU.