УНИВЕРЗИТЕТ УНИОН

назив факултета

**О Д О Б Р Е Њ Е**

за учешће у мобилности запослених у оквиру програма Erasmus+

Овим потврђујем да (име и презиме, звање), запослен(а) на (назив факултета/универзитета) на пословима и радним задацима (назив послова / радних задатака) има моје одобрење да учествује у мобилности запослених у трајању од (број дана) радних дана на (назив универзитета) у (назив земље). Реализација ове мобилности предвиђена је у зимском/летњем семестру 20../20.. године.

У Београду, датум Проф. др (име и презиме), декан/ректор