Orsus Učilište
Ulica Janka Grahora 4, 10000 Zagreb, Hrvatska
OIB: 58175001702
MBS: 081392671
IBAN (KentBank): HR5641240031199021183

OBRAZAC ZA ŽALBU POLAZNIKA

I. PODACI O POLAZNIKU

Ime i prezime: _____
Program obrazovanja: _____
Datum upisa: _____
Kontakt (e-mail / telefon): _____

II. PREDMET ŽALBE

Molimo označite područje na koje se žalba odnosi:
☐ Odnos ili postupanje nastavnika / osoblja
☐ Nezadovoljstvo prolaznošću / završnom provjerom
☐ Pitanje vezano uz školarinu
☐ Kvaliteta nastavnog programa
☐ Organizacija UTR-a (praktične nastave)
☐ Ostalo (navesti): _____

III. OPIS ŽALBE

Molimo detaljno opišite razlog žalbe:
_____
_____
_____
_____
_____
_____

IV. PRILOZI (ako ih ima)

☐ Medicinska / stručna dokumentacija
☐ Komunikacija e-mailom / dopisi
☐ Drugi relevantni dokumenti (navesti): _____

Orsus Učilište
Ulica Janka Grahora 4, 10000 Zagreb, Hrvatska
OIB: 58175001702
MBS: 081392671
IBAN (KentBank): HR5641240031199021183

V. POTPIS I DATUM

Datum podnošenja žalbe: _____

Potpis polaznika: _____

Napomena:
Popunjeni obrazac dostavlja se tajništvu Učilišta osobno ili e-mailom na uciliste@orsusuciliste.hr . Ravnatelj donosi rješenje u prvom stupnju. U slučaju nezadovoljstva, polaznik može uložiti pisani prigovor Upravnom vijeću.