

# DIPLOMA

O PRIDOBLENI MAGISTRSKI IZOBRAZBI DRUGE STOPNJE  
ZA BOLONJSKE PROGRAME

## IME PRIIMEK

*rojen/a* DD. MM. LLLL

*v kraju* kraj rojstva

*je dne* DD. MM. LLLL

*diplomiral/a na  
Fakulteti za medije v Ljubljani  
po študijskem programu*

STRATEŠKO KOMUNICIRANJE

*zato mu/ji Fakulteta za medije  
v Ljubljani podeljuje strokovni naslov*

**MAGISTER oz. MAGISTRICA  
STRATEŠKEGA  
KOMUNICIRANJA**

*in vse s tem naslovom združene pravice.*

*Številka* NNNN

*V* kraj podelitve

*dne* DD. MM. LLLL

*Dekan Fakultete za medije v Ljubljani*

naziv, ime in priimek

FAKULTETA ZA MEDIJE