



VYJÁDŘENÍ PRODEKANA  
BERU NA VĚDOMÍ.

DATUM:

PODPIS:

Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta  
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2

Jméno a příjmení:

stud. skupina:

Datum nar.:

Adresa :

Kontakt (mobil, e-mail) :

Poznámka: při žádostech o opakování, přerušení studia, ISP, vždy **vyjmenovat** nesplněné studijní povinnosti.

# Ž Á D O S T

## Odůvodnění žádosti

datum

podpis studenta

---

Vyjádření referentky studijního oddělení k oprávnění žádosti: údaje souhlasí – nesouhlasí  
(Příp. poznámky viz 2. str.)

datum

podpis referentky

---

Vyjádření proděkana:

datum

podpis proděkana

Vyjádření ústavu/kliniky:

Rozhodnutí děkana: