**PLNÁ MOC**

Já, níže podepsaný/á

……………………………………………………………………………………..( dále „zmocnitel“)

datum narození ……………………….

bytem ………………………………………………………………………………....………………

**z m o c ň u j i**

……………………………………………………………………………………(dále „zmocněnec“)

datum narození …………………….……

bytem …………………………………………………………………………………………………

k tomu, aby mě v plném rozsahu zastupoval/a jako účastníka v **řízení o přijetí ke studiu do studijního programu …………………………………………………………..……….., uskutečňovaného na** Univerzitě Karlově, se sídlem Ovocný trh 560/5, 116 36 Praha 1, veřejné vysoké škole podle z. č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění, resp. její součásti **1. lékařské fakultě**, Kateřinská 32, 121 08 Praha 2, **od akademického roku 2023/2024** (dále jen „studium“) **a všech právních jednáních souvisejících s tímto řízením a zápisem do**  **1. ročníku studia** včetně přebírání, popř. podpisu písemností (rozhodnutí o přijetí ke studiu a vzdání se práva na odvolání proti tomuto rozhodnutí, zápisového listu, prohlášení o zachování mlčenlivosti a poskytnutí údajů pro účely studia)\*.

V ………………………… dne ………………….. ……………………………………………...

 podpis zmocnitele

Výše uvedené zmocnění přijímám:

V ………………………… dne ………………….. ………………………………………….........

 podpis zmocněnce