



UNIVERZITA KARLOVA
2. lékařská fakulta

ODVOLÁNÍ

Titul, jméno a příjmení uchazeče:	
Datum narození:	
Doktorský studijní program:	
Forma studia (prezenční/kombinovaná):	
Adresa trvalého bydliště:	
Kontaktní adresa:	
Telefon:	
E-mail:	

ODVOLÁNÍ

proti rozhodnutí děkana 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy č.j.

ze dne vydanému ve věci přijetí ke studiu v akademickém roce .

Tímto podávám odvolání podle § 50 odst. 6 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, proti výše uvedenému rozhodnutí. Důvod **nezákonnosti** rozhodnutí nebo řízení, které jeho vydání předcházelo, spatřuji v následujících skutečnostech:

Datum

.....
Podpis uchazeče

Záznamy Oddělení Ph.D. studia

Doručeno dne:	
Předáno děkanovi dne:	
Předáno RUK dne:	
Vráceno RUK dne:	