



UNIVERZITA KARLOVA
2. lékařská fakulta

Žádost o uznání studijních povinností

Žadatel	
Titul, jméno a příjmení žadatele:	
Datum narození:	
Doktorský studijní program:	
Rok zahájení studia:	
Kontaktní adresa:	

Žádám o uznání těchto předmětů:		
Název splněného předmětu (vč. kódu v SIS, pokud existuje)	Typ atestace (Z/Zk) a datum splnění	Název předmětu, za který chci splněný předmět uznat (vč. kódu v SIS, pokud existuje)

Žádost dokládám:	
sylabem/popisem náplně kurzu (<u>při žádosti o uznání předmětů z jiné VŠ</u>)	
potvrzením o splněných předmětech (např. scan indexu se zapsanými zkouškami, výpis zkoušek, certifikát, atd.)	
Datum a podpis žadatele:	

Vyjádření školitele	
Souhlasím Nesouhlasím z důvodu:	
Tituly, jméno a příjmení školitele:	
Kontakty školitele (telefon, e-mail):	
Datum a podpis školitele:	

Vyjádření garanta předmětu (zajišťuje Odd. Ph.D.)	
Souhlasím Nesouhlasím z důvodu:	
Tituly, jméno a příjmení garanta:	
Kontakty garanta (telefon, e-mail):	
Datum a podpis garanta:	

Vyjádření oborové rady (zajišťuje Odd. Ph.D.)	
OR souhlasí OR nesouhlasí z důvodu:	
Tituly, jméno a příjmení předsedy OR:	
Datum a podpis předsedy OR:	

Záznamy Oddělení Ph.D. studia	
Doručeno dne:	
Předáno OR dne:	