



UNIVERZITA KARLOVA
2. lékařská fakulta

Žádost o zvýšení stipendia

| | |
|--|--|
| Žadatel | |
| Příjmení, jméno a titul žadatele: | |
| Datum narození: | |
| Doktorský studijní program: | |
| Forma studia (prezenční/kombinovaná): | |
| Rok zahájení studia: | |
| Kontaktní adresa: | |
| Telefon: | |
| E-mail: | |

| |
|---|
| Žádám o zvýšení stipendia (Po vykonání SDZ se stipendium navyšuje automaticky, není tedy třeba podávat žádost.) |
|---|

| | |
|---|--|
| Odůvodnění žádosti: | |
| (Doložit v souladu s Opatřením děkana č. 8/2020 čl. 2.) | |
| Datum a podpis žadatele: | |

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

| | |
|---------------------------------------|--|
| Vyjádření oborové rady: | |
| OR souhlasí OR nesouhlasí | |
| Tituly, jméno a příjmení předsedy OR: | |
| Datum a podpis předsedy OR: | |

| | |
|--|--|
| Vyjádření děkana/proděkana: | |
| Souhlasím Nesouhlasím z důvodu: | |
| Tituly, jméno a příjmení děkana/proděkana: | |
| Datum a podpis děkana/proděkana: | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Záznamy Oddělení Ph.D. studia | |
| Doručeno dne: | |
| Předáno proděkanovi dne: | |
| Vyjádření proděkana dne: | |
| Vyrozumění zasláno dne: | |