



**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA**

PŘIHLÁŠKA
PROGRAM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ
UNIVERZITA TŘETÍHO VĚKU

2. lékařská fakulta	
Název programu:	VÝZNAM PREVENCE V MEDICÍNĚ
Akademický rok:	2024/2025

Titul:	Jméno:	Příjmení:	Titul:	Rodné příjmení:	Rodné číslo:
Datum narození:		Místo narození:		Státní příslušnost:	
Adresa trvalého pobytu:					
Kontaktní adresa (uvést pokud není shodná s adresou trvalého pobytu):					
Telefon:			E-mail:		
Rok vykonání maturitní zkoušky:			Nejvyšší dosažené vzdělání:		

Stvrzuji svým podpisem správnost výše uvedených údajů.

V Praze, dne

.....
podpis zájemce

Podpisem přihlášky souhlasím se zpracováním, shromažďováním a uchováváním výše uvedených osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

