## Žádost o finanční příspěvek z IP 2. LF

## (Institucionální plán na podporu mezinár. mobility studentů 2. LF UK)

2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACE O ŽADATELI | | | | | | | | | |
| **Jméno a příjmení:** |  | | | | | | | | |
| **Datum narození:** |  | | | | | | | | |
| **Adresa:** |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Mobil:** |  | | | | | | | | |
| **e-mail:** |  | | | | | | | | |
| **Ročník:** |  | | | | | | **Kruh:** |  | |
| INFORMACE O ZAHRANIČNÍ ORGANIZACI | | | | | | | | | |
| **Druh plánované zahraniční stáž** - druh stáže (bilaterální dohody fakulty, meziuniverzitní dohody, studenti se statutem „Free movers“, Evropský program a další) | | | | | | | | | |
| **Druh stáže:** |  | | | | | | | | |
| **Název organizace:** |  | | | | | | | | |
| **Adresa:** |  | | | | | | | | |
| **Město:** |  | | | | | | **Stát:** |  | |
| **Délka pobytu:** | od dne: | |  | | | | do dne: |  | |
| **Žádáno o Fond Mobility: ANO/NE** (pokud ne – důvod proč nebylo žádáno)  **Předpokládaný přínos zahraniční stáže:**  (stručně vyjádřen účel zahraničního pobytu, studijní plán či záměr) | | | | | | | | | |
| **Výše žádaného finančního příspěvku:** | | | | |  | | | | |  |
| Níže uvedeným podpisem student potvrzuje, že uvedené údaje jsou pravdivé. | | | | | | | | | |
| **Datum podání žádosti:** | |  | | | | **Podpis studenta:** | | |  |
| INFORMACE O PŘIDĚLENÍ FINANČNÍHO PŘÍSPĚVKU | | | | | | | | | |
| **Finanční příspěvek přidělen:** | | | |  | | **nepřidělen:** | | |  |
| **Výše finančního příspěvku:** | | | |  | | | | | |
| **Datum vyřízení žádosti:** | |  | | | | **Podpis studijního proděkana:** | | |  |

**Příloha:**

1. Akceptační dopis – originál (nestačí v e-mailové podobě)
2. Prohlášení