**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.*