



**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA**

**PŘIHLÁŠKA**  
PROGRAM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ  
UNIVERZITA TŘETÍHO VĚKU

<b>2. lékařská fakulta</b>	
Název programu:	<b>VÝZNAM PREVENCE V MEDICÍNĚ</b>
Akademický rok:	<b>2018/2019</b>

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.*

