|  |
| --- |
| **UNIVERZITA KARLOVA****2. lékařská fakulta****V Úvalu 84****150 06 Praha 5** |

Příjmení, jméno a titul:

Datum narození:

Číslo osoby:

Studijní program/obor:

Forma studia: prezenční – kombinovaná

Adresa místa trvalého pobytu:

Adresa pro doručování[[1]](#footnote-1):

Telefon:

E-mail:

**P R O H L Á Š E N Í**

**o zanechání studia**

V souladu s ustanovením 56 odst. 1 písm. a) zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách) [[2]](#footnote-2), ve znění pozdějších předpisů, tímto prohlašuji, že zanechávám studia na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

ve studijním programu ...........................................................................,

obor .............................................................................................................................................,

Datum:………………… Podpis studenta/studentky …………………………

1. Pokud se liší od adresy místa trvalého pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. § 56 odst. 2 zákona o vysokých školách: Dnem ukončení studia podle odstavce 1 písm. a) je den, kdy bylo vysoké škole nebo fakultě, kde je student zapsán, doručeno jeho písemné prohlášení o zanechání studia. [↑](#footnote-ref-2)