|  |
| --- |
| **Žadatel**: |
| Příjmení, jméno a titul žadatele: |  |
| Datum narození: |  |
| Studijní program: |  |
| Forma doktorského studia (prezenční/kombinovaná): |  |
| Rok zahájení doktorského studia: |  |
| Kontaktní adresa: |  |
| Telefon: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **Žádost o změnu formy studia** |

|  |
| --- |
| **Odůvodnění žádosti:** |
|  |
| Datum a podpis žadatele: |  |

|  |
| --- |
| **Vyjádření školitele:**  |
| Souhlasím - nesouhlasímDoporučuji - nedoporučujiPřípadně odůvodnění: |
| Příjmení, jméno a tituly školitele: |  |
| Adresa pracoviště školitele: |  |
| Kontakty školitele (telefon, e-mail): |  |
| Datum a podpis školitele: |  |

|  |
| --- |
| **Vyjádření oborové rady:**  |
| OR souhlasí - nesouhlasíOR doporučuje - nedoporučujePřípadně odůvodnění: |
| Příjmení, jméno a tituly předsedy OR: |  |
| Datum a podpis předsedy OR: |

|  |
| --- |
| **Záznamy Oddělení Ph.D studia:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |