# Univerzita Karlova

# 2. lékařská fakulta Akademický rok:

**Typ studia:** doktorské **ID přihlášky:**

**Studijní program:**  **Číslo osoby:**

**Forma studia:**prezenční - kombinovaná **Číslo jednací:**

**Jazyk výuky:** čeština - angličtina

**ZÁPISOVÝ LIST STUDENTA**

|  |
| --- |
| **Příjmení:**  **Jméno:**  **Titul:**  **Rodné příjmení:**  **Rodné číslo ČR:**  **Rodné číslo SR:**  **Rodinný stav:** |
| **Datum narození:**  **Místo narození:**  **Pohlaví:**  **Státní občanství:** |
| **Adresa trvalého bydliště:**  Ulice a č. p.:  Obec:  PSČ: |
| **Adresa určená pro doručování:**  Ulice a č. p.: (případně kolej):  Obec:  PSČ:  Tel. č.:  Email: |
| **Číslo bankovního účtu:** |
| Prohlašuji, že:   * jsem si vědom/a, že se tímto zápisem do studia stávám studentem 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ve smyslu §61 odst. 1 zák. č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění (dále jen „ZVŠ“); * jsem si vědom/a povinnosti studenta podle § 63 odst. 2 ZVŠ dodržovat vnitřní předpisy Univerzity Karlovy a 2. lékařské fakulty. S jejich zněním se mohu seznámit na [https://www.cuni.cz/UK-104.html.](https://www.cuni.cz/UK-104.html) * všechny údaje, které jsem uvedl/a jsou pravdivé, nezamlčel/a jsem žádné závažné skutečnosti a jsem si vědom/a všech následků plynoucích z jejich neuvedení nebo uvedení nepravdivých údajů (zejména s přihlédnutím k § 63 odst. 3 písm. b) a odst. 4 ZVŠ). |

Datum zápisu: Razítko:

........................................................................ .....................................................................

Podpis studenta