**UNIVERZITA KARLOVA
2. lékařská fakulta**

**DODATEK č. ………**

K INDIVIDUÁLNÍMU STUDIJNÍMU PLÁNU
V DOKTORSKÉM STUDIJNÍM PROGRAMU

|  |  |
| --- | --- |
| Titul, jméno a příjmení žadatele: |  |
| Datum narození: |  |
| Doktorský studijní program, ročník: |  |
| Kontaktní adresa: |  |
| Telefon a e-mail: |  |

**Žádám o níže uvedenou změnu ve schváleném individuálním studijním plánu:**

|  |
| --- |
| Nová studijní povinnost, zrušená studijní povinnost, změna termínu splnění studijní povinnosti, upřesnění dalších aktivit a úkolů, např.: \* |
| *Původní předmět (kurz)*:*Nový předmět*:*Odůvodnění*: |
| *Původní termín splnění studijní povinnosti*: *Nový termín splnění studijní povinnosti*: *Odůvodnění*: |
| *Další*:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum a podpis studenta: |  |
| Tituly, jméno, příjmení a pracoviště školitele:Datum a podpis: | souhlasím – nesouhlasím |

|  |
| --- |
| OR dne …………… žádost projednala a se změnou ISP **souhlasí – nesouhlasí** |
| Tituly, jméno a příjmení předsedy OR:Datum a podpis: |  |

\* Počet řádků přidávejte podle potřeby.

\*\* V případě nové studijní povinnosti bude kolonka „původní plánovaný termín“ proškrtnuta a datum plánovaného splnění zapsán do kolonky „nový termín splnění“,
 v případě zrušení studijní povinnosti bude v kolonce „původní plánovaný termín“ zapsáno datum původně uvedené v ISP a do kolonky „nový termín splnění“ zapsáno „zrušeno“.

|  |
| --- |
| **Záznamy Oddělení Ph.D. studia** |
| Doručeno dne: |  |
| Předáno OR dne: |  |
| Vráceno OR dne: |  |
| Vyrozumění zasláno dne: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |