



UNIVERZITA KARLOVA
2. lékařská fakulta

Žádost o přerušení studia

Žadatel	
Titul, jméno a příjmení žadatele:	
Datum narození:	
Doktorský studijní program:	
Rok zahájení studia:	
Kontaktní adresa:	

Žádám o přerušení studia na dobu (uveďte konkrétní datum: od – do)

Odůvodnění žádosti:	
Datum a podpis žadatele:	

Vyjádření školitele:	
Souhlasím Nesouhlasím z důvodu:	
Tituly, jméno a příjmení školitele:	
Kontakty školitele (telefon, e-mail):	
Datum a podpis školitele:	

Vyjádření oborové rady:	
OR souhlasí OR nesouhlasí z důvodu:	
Tituly, jméno a příjmení předsedy OR:	
Datum a podpis předsedy OR:	

Záznamy Oddělení Ph.D. studia	
Doručeno dne:	
Předáno děkanovi dne:	
Vyrozumění zasláno dne:	