Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Jméno a příjmení ……………………………….…………. Stud. obor ...………………

Den, měsíc, rok narození …………………………………. Ročník ……….…………...

Adresa ……………………………………………………..

E-mail/mobil ..……………………………………………..

# ŽÁDOST

…………………………………………………………………………………………….……..

Odůvodnění žádosti:

………………………………. ….…..…………………..……

datum podpis studenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vyjádření vedoucího BP/DP:

Rozhodnutí přednosty garantujícího ústavu\*:

\* V případě kladného rozhodnutí přednosty ústavu ve věci odložení termínu odevzdání BP/DP je součástí rozhodnutí přednosty ústavu také stanovení nového termínu odevzdání BP/DP.