# **Přihláška**

## k účasti na Studentské vědecké odborné činnosti (SVOČ) na Fakultě zdravotnických věd UP v Olomouci v akademickém roce 2023/2024

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení uchazeče:** |  |
| **Studijní program:** |  |
| **Ročník studia v ak. roce 2023/2024:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Tel. / mob.** |  |
| **Adresa bydliště:** |  |
|  |  |
| **Ústav:** |  |
| **Tematické zaměření práce:** |  |
|  |  |
|  |  |
| **Školitel:** |  |
| **E-mail školitele:** |  |
| Datum a podpis školitele: |  |
| Vyjádření přednosty ústavu: |  |
| Datum a podpis přednosty: |  |