**Přihláška ke státní doktorské zkoušce v doktorském studijním programu**

**Ochrana a podpora zdraví (P…)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení, titul** |  |
| **Datum, místo narození** |  |
| **Státní příslušnost** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |
| **Kontaktní adresa** |  |
| **Email** |  |
| **Telefon** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma studia** |  |
| **Datum přijetí ke studiu** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Název disertační práce** |  |
| **Školitel** |  |
| **Pracoviště školitele** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření školitele** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V Olomouci, dne** | podpis školitele  podpis studenta |

|  |  |
| --- | --- |
| **Přihláška přijata dne**  (vyplní DFZV) |  |