

Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

Fakulta zdravotnických studií, Sociální péče 3652/13, 400 11 Ústí nad Labem

účastník programu CŽV (jméno a příjmení):

akademický rok: rok programu: (např. 1.) narozen (datum):

program CŽV: forma programu CŽV: prezenční - kombinovaná

e-mail: telefon:

bydliště (ulice, PSČ, město):

.....

osobní číslo (např. D24...)

Žádost o

.....

Odůvodnění žádosti (účastník programu CŽV uvede důvod žádosti)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil výše uvedené údaje.

.....

datum

.....

podpis

Vyjádření katedry:

.....

datum

.....

razítko a podpis vedoucího katedry

Rozhodnutí děkana/proděkana pro studium:

.....

datum

.....

popis

Rozhodnutí rektora: