



Univerzita Karlova  
3. lékařská fakulta, Ruská 87, 100 00 Praha 10  
tel.: 267 102 111

Jméno: ..... Nar:.....

Obor: .....Ročník: .....

Bydliště: ..... Telefon (mobil): .....

## ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ STUDIA

Žádám o přerušení studia od ..... do .....

z důvodů:    ZDRAVOTNÍCH\*  
              RODINNÝCH\*  
              OSOBNÍCH\*  
              JINÝCH .....

Odůvodnění žádosti:

Případné přílohy, jimiž dokládám důvody své žádosti o přerušení studia:

.....

V Praze dne ..... Podpis:.....

Rozhodnutí děkana (proděkana) fakulty:

\* správnou variantu zatrhněte, popř. doplňte jiný důvod