

PROHLÁŠENÍ O ZANECHÁNÍ STUDIA

Jméno a příjmení:		
Centrální ID osoby:	Datum narození:	
E-mail:	Mobil:	
Adresa bydliště:		
Studijní program:	Ročník:	St. skupina:
<p>Tímto prohlašuji, že ukončuji studium na Univerzitě Karlově, Lékařské fakultě v Hradci Králové.</p>		
Datum:	Podpis:	
<p>Prohlášení zasílejte na Studijní oddělení LF HK, Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové.</p> <p>Studium bude ukončeno k datu přijetí prohlášení fakultou, nikoliv k Vámi stanovenému termínu.</p>		