P R O H L Á Š E N Í O Z A N E C H Á N Í S T U D I A

Jméno a příjmení:		
Centrální ID osoby:	Datum narození:	
E-mail:	Mobil:	
Adresa bydliště:		
Studijní program:	Ročník:	St. skupina:

Tímto prohlašuji, že ukončuji studium na Univerzitě Karlově, Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Datum: Podpis:

Prohlášení zasílejte na Studijní oddělení LF HK, Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové.

Studium bude ukončeno **k datu přijetí prohlášení fakultou**, nikoliv k Vámi stanovenému termínu.

S tímto prohlášením zároveň posílám:
- Výkaz o studiu (Index)
- Průkaz studenta
- Potvrzení z knihovny o vrácení knih