



Univerzita Komenského v Bratislave
Lekárska fakulta

Špitálska 24
813 72 Bratislava

Dekanát/Katedra

Meno:.....

Deň, mesiac, rok narodenia:

Odbor:.....

Adresa:
.....

Adresa prechodného bydliska, PSČ:
.....

Ž I A D O S Ť D O K T O R A N D A

o udelenie tvorivého voľna

Odôvodnenie žiadosti

.....
dátum

.....
podpis študenta

Vyjadrenie školiteľa:

Vyjadrenie prednostu pracoviska:

Rozhodnutie dekana: