



LEKÁRSKA FAKULTA
Univerzita Komenského
v Bratislave

Žiadosť o prerušenie rezidentského štúdia

Meno, priezvisko, tituly:

Rodné priezvisko:

Dátum a miesto narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Korešpondenčná adresa:

E-mailová adresa a telefón:

Špecializačný odbor:

Žiadam týmto o prerušenie rezidentského štúdia na LF UK z dôvodu

.....
.....

Na obdobie od do

V dňa.....

.....
podpis

Potvrdenie zamestnávateľa:

Dátum:

.....

podpis a pečiatka

Stanovisko vzdelávacej ustanovizne:

Dátum:

.....

podpis a pečiatka