



LEKÁRSKA FAKULTA  
Univerzita Komenského  
v Bratislave

## Žiadosť o prerušenie špecializačného 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 špecializačného 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