

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7

Žádost o opakování ročníku

Jméno a příjmení:.....

Bydliště:.....

Obor:.....

Studijní skupina:.....

Důvod žádosti:

Datum:.....

Podpis:.....

Stanovisko prorektora:

ANO

NE

Podpis:.....

Stanovisko rektora:

ANO

NE

Podpis:.....

**Student (studentka) odevzdá:
index, knihy, průkazku**

Matrika studentů - podpis: