

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

---

**Žádost o přerušení studia**

**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:**