



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Žádost o přerušení studia

Příjmení, jméno

Bydliště

Studijní program Studijní skupina

Důvod žádosti

.....

.....

Datum:

Podpis:

Stanovisko prorektora:

ANO NE

Podpis:

Stanovisko rektora:

ANO NE

Podpis:

Student/ka odevzdává: index, knihy, průkazku

Matrika studentů – podpis:

.....