



**Univerzita Karlova  
3. lékařská fakulta  
Ruská 87, Praha 10**

# V ý s t u p n í l i s t s t u d e n t a

**Příjmení a jméno :**

**Obor:**

---

**Potvrzení o výstupní lékařské prohlídce:**

*(absolvování výstupní lékařské prohlídky je dobrovolné)*

.....  
Razítko a podpis lékaře oprávněného vykonávat  
preventivní prohlídky u studentů VŠ

---

**Potvrzení střediska vědeckých informací, že výše uvedený student(ka) nemá ke knihovně SVI 3. LF žádné závazky.**

.....  
Razítko a podpis oprávněného pracovníka SVI

**Prohlašuji, že:**

- veškeré závazky spojené se studiem na 3. lékařské fakultě mám splněny
- nejpozději do 8 dnů nahlásím na příslušnou zdravotní pojišťovnu ukončení studia
- v termínu daném Správou kolejí a menz vyklidím a odhlásím se z kolejí

.....  
Datum a podpis studenta