**3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy**

**Doktorské studium**

Jméno : ...................................................................... Ročník :.......................

Program : ...............................................................................................................................

Bydliště : .................................................................... Telefon (mobil) : ........................

**P R O H L Á Š E N Í**

**o zanechání studia**

V souladu s ustanovením 56 odst. 1 písm. a) zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách) 1, ve znění pozdějších předpisů, tímto prohlašuji, že zanechávám studia na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Datum: Podpis studenta/studentky:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_