****Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

Ústav psychológie Lekárskej fakulty

**ZADANIE ŠPECIALIZAČNEJ PRÁCE**

Meno, priezvisko, tituly študenta:

Kontakt na študenta (telefón, e-mail):

Adresa pracoviska študenta:

Meno, priezvisko, tituly vedúceho pracoviska:

Špecializačný odbor:

Meno, priezvisko, tituly garanta špecializačného odboru:

Meno, priezvisko, tituly školiteľa (konzultanta):

Meno, priezvisko, tituly oponenta:

Názov špecializačnej práce:

Anotácia špecializačnej práce:

V ................................ dňa: ..................... ...........................................

 podpis študenta

Zadanie špecializačnej práce schválené dňa ...........................................

 podpis garanta