

<b>Meno a priezvisko študenta:</b>		<b>Akademický titul:</b>
<b>Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, obec a PSČ):</b>		
Študent (ka)	<b>Stupeň VŠ štúdia:</b> <input type="checkbox"/> bakalárske štúdium	
<b>Fakulty zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici</b>	<input type="checkbox"/> magisterské štúdium <input type="checkbox"/> rigorózne konanie	
<b>Forma štúdia:</b>	<input type="checkbox"/> denná <input type="checkbox"/> externá	
<b>Študijný program:</b>		<b>Ročník:</b>

Vážená pani  
**doc. PhDr. Bc. Beáta Frčová, PhD., MPH**  
dekanka  
Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v BB  
Sládkovičova 21  
974 05 Banská Bystrica

**Vec: Oznámenie o zanechaní štúdia**

Dolupodpísaný/á ..... študent (ka) ..... ročníka  
bakalárskeho / magisterského / rigorózneho konania študijného programu  
..... v dennej / externej forme štúdia si Vám dovoľujem  
oznámiť svoje rozhodnutie zanechať štúdium v zmysle čl. 29 Študijného poriadku Slovenskej  
zdravotníckej univerzity v Bratislave.

S pozdravom

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis študenta: \_\_\_\_\_