



Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych
odborných štúdií

VYHLÁSENIE ABSOLVENTA

Meno a priezvisko absolventa:

Študijný program:

Stupeň štúdia: Bc. / Mgr. *

Forma štúdia: denná / externá*

V súlade s § 68 ods. 8 zákona o vysokých školách vyhlasujem, že **súhlasím** s neskorším vydaním dokladov o absolvovaní štúdia, t. j. v deň konania slávnostných promócií.

Deň konania štátnej skúšky v Bratislave:

.....

podpis absolventa

* Nehodiace sa preškrtnite