

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

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

Vec: Žiadosť o

Zdôvodnenie:

S pozdravom

Dátum: _____

Podpis študenta: _____