***Vyhlásenie o zanechaní štúdia – VZOR***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko študenta/študentky:** | | **Akademický titul:** |
| **Korešpondenčná adresa** *(ulica, číslo, obec a PSČ)***:** | | |
| Študent/ka  **Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií**  **Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave** | **Stupeň VŠ štúdia:**  **□** bakalárske štúdium **□** magisterské štúdium  **□** doktorandské štúdium | |
| **Forma štúdia: □** denná **□** externá | | |
| **Študijný program:** | | **Ročník:** |

**Vec: Vyhlásenie o zanechaní štúdia**

Dolupodpísaný/á .............................................................., študent/ka ...... ročníka **bakalárskeho / magisterského / doktorandského⁎** študijného programu ........................................................................ v **dennej / externej****⁎** forme štúdia, týmto **vyhlasujem, že som sa rozhodol / rozhodla**  zanechať štúdium v zmysle čl. 29 Študijného poriadku Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave z dôvodu ............................................................

S pozdravom

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis študenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**⁎** Nehodiace sa prečiarknite

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Poznámka**: na obálku uviesť: adresát - P. T.

dekanát

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

Limbová 12

833 03 Bratislava 37

odosielateľ - Meno a priezvisko študenta

Korešpondenčná adresa