***Žiadosť o individuálny študijný plán – 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 |
| **Forma štúdia: □** denná **□** externá  |
| **Študijný program:** | **Ročník:** |

**Vec: Žiadosť o individuálny študijný plán**

 Dolupodpísaný/á ..........................................................., študent/ka ....... ročníka **bakalárskeho / magisterského⁎** študijného programu ................................................................................ v **dennej / externej⁎** forme štúdia, si Vás dovoľujem požiadať o individuálny študijný plán v zmysle čl. 31 Študijného poriadku Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave z dôvodu ........................................................................... .

 S pozdravom

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

**⁎** Nehodiace sa prečiarknite

***Prílohy:*** *Relevantné doklady opatrené úradnou pečiatkou potvrdzujúce oprávnenosť žiadosti.*

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

**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