***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