**Žiadosť o náhradný / opravný termín štátnej skúšky – VZOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko študenta:** | **Akademický titul:** |
| **Korešpondenčná adresa** *(ulica, číslo, obec a PSČ)***:** |
| Študent **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: Žiadosť o náhradný / opravný⁎ termín štátnej skúšky**

 Dolupodpísaný/á ..........................................................., študent ....... ročníka bakalárskeho / magisterského / doktorandského**⁎** študijného programu ............................................................................ v dennej / externej**⁎** forme štúdia si Vás dovoľujem požiadať o zmenu **náhradný / opravný⁎ termín štátnej skúšky** v zmysle čl. 23 ods. 10 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

 Limbová 12

 833 03 Bratislava 37

 odosielateľ - Meno a priezvisko študenta

 Korešpondenčná adresa