***Žiadosť o prerušenie 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: Žiadosť o prerušenie štúdia**

Dolupodpísaný/á ..........................................................., študent ....... ročníka **bakalárskeho / magisterského / doktorandského⁎** študijného programu ......................................................................... v **dennej / externej⁎** forme štúdia, si Vás dovoľujem požiadať o prerušenie štúdia v zmysle čl. 26 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 napr. potvrdenie o práceneschopnosti.*

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

**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