**1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy**

**Doktorské studium**

# Žádost o obhajobu disertační práce

Program a obor doktorského studia:

Příjmení a jméno doktoranda, vč. titulů:

Státní příslušnost a národnost doktoranda:

Úplná adresa pracoviště doktoranda (vč. PSČ, telefonu, popř. e-mailu):

Úplná adresa bydliště doktoranda (vč. PSČ, telefonu, popř. e-mailu):

Příjmení, jméno, tituly a pracoviště školitele:

Název disertační práce (v českém i anglickém jazyce):

Datum zahájení doktorského studia:

Forma doktorského studia (prezenční/kombinovaná):

Státní doktorská zkouška vykonána dne:

Jazyková zkouška vykonána dne (uvést o jakou zkoušku se jedná):

Žádám o možnost vykonat obhajobu disertační práce.

Datum:

Podpis doktoranda: