**Příjmení, jméno, titul:**

**Datum narození:**

**Číslo osoby:**

**Studijní program/obor:**

**Forma studia:** prezenční / kombinovaná

**Adresa místa trvalého pobytu:**

**Adresa pro doručování1:**

**Telefon, e-mail:**

**P R O H L Á Š E N Í**

**O Z A N E C H Á N Í S T U D I A**

V souladu s ustanovením 56 odst. 1 písm. a) zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách) 2, ve znění pozdějších předpisů, tímto prohlašuji, že zanechávám studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

ve studijním programu/oboru: ...........................................................................

Datum: Podpis studenta/studentky:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Student/ka je povinen/a před podáním prohlášení o zanechání studia vrátit všechny výpůjčky a vyrovnat veškeré závazky vůči Ústavu vědeckých informací 1. LF UK a VFN (potvrzení student/ka doloží k prohlášení).