



UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

VYJÁDŘENÍ PRODĚKANA  
BERU NA VĚDOMÍ.

DATUM:

PODPIS:

Jméno a příjmení: *Petra Kvelkova*

stud. skupina: *1P*

Datum nar.: *4.7.1983*

Adresa: *Podlešín 25, 273 25*

Kontakt (mobil, e-mail): *PCTVATNICKOVA @ SEZNAM.CZ / 607 247 660*

Poznámka: při žádostech o opakování, přerušení studia, ISP, vždy **v y j m e n o v a t** nesplněné studijní povinnosti.

## Ž Á D O S T

### Odůvodnění žádosti

*žádám o zneověnění práce.*

datum *11.9.2016*

*Kubelk*  
podpis studenta

Vyjádření referentky studijního oddělení k oprávnění žádosti: údaje souhlasí – nesouhlasí  
(Příp. poznámky viz 2. str.)

datum *12-09-2016*

*[Signature]*  
podpis referentky

Vyjádření proděkana:

*Není žádný důvod  
sotvažící podání*

datum *16-09-2016*

*[Signature]*  
podpis proděkana

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.