Meno a priezvisko študenta:

Dátum narodenia a miesto:

Adresa:

Študijný odbor:

Ročník:

email a telefonický kontakt:

**prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.**

**dekan Fakulty zdravotníctva**

**Katolíckej univerzity v Ružomberku**

**Nám. Andreja Hlinku 48**

**034 01 Ružomberok**

**Žiadosť o prerušenie štúdia**

V súlade s 64 ods. 1 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov žiadam o prerušenie štúdia na Fakulte zdravotníctva, Katolíckej univerzity v Ružomberku na obdobie       semester/semestrov akademického roku      z dôvodu/ov:

a) rodičovskej dovolenky\*,

b) zdravotných alebo iných vážnych osobných dôvodov\*,

c) bez udania dôvodu.

\*Prílohy:

       ...............................................................

 dátum podpis študenta

\* Povinnou prílohou žiadosti musí byť v prípade prerušenia z dôvodov: a) rodičovskej dovolenky – rodný list dieťaťa, b) zdravotných – lekárske potvrdenie.