



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**Farmaceutická fakulta**  
**v Hradci Králové**

**ŽÁDOST**  
**O UKONČENÍ PŘERUŠENÍ STUDIA**

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Jméno a příjmení: |                 |
| Datum narození:   |                 |
| Adresa:           |                 |
| Ročník studia:    | Akademický rok: |
| Druh studia:      |                 |
| Forma studia:     |                 |
| Studijní program: |                 |

Odůvodnění žádosti

V Hradci Králové, dne

Podpis studenta/studentky