

## Potvrzení lékaře o schopnosti studia na vysoké škole

Příjmení, jméno  
uchazeče

---

Datum narození

---

Místo narození

---

Bydliště

---

---

Identifikační číslo přihlášky	
Vysoká škola	Univerzita Karlova
Fakulta	Farmaceutická fakulta v Hradci Králové
Studijní program	
Forma studia	
Typ studijního programu	

Potvrzení lékaře:

Schopen studia na VŠ.

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře:

S uvedeným potvrzením je nakládáno v souladu s příslušnými předpisy, zejména dle Nařízení (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů (GDPR) a zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů.