



## **Žádost o náhradní termín odborné praxe**

Jméno a příjmení studenta : .....

Adresa (včetně PSČ) : .....

Katedra/obor /ročník: .....

Akademický rok: ...../.....

### **Žádám o náhradní termín odborné praxe**

Odůvodnění žádosti:

V Plzni dne :

.....  
podpis studenta

#### **Upozornění**

K žádosti je nutné doložit zdravotnickým zařízením i koordinátorem ročníku schválené dokumenty Předběžný souhlas a Prohlášení studenta, vztahující se k náhradnímu termínu plnění odborné praxe.

**Vyjádření vedoucího katedry:**

**Vyjádření proděkana pro pedagogickou činnost:**

**Vyjádření děkana:**

☐ žádosti vyhovují

☐ žádosti nevyhovují