



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**Lékařská fakulta v Plzni, studijní odd.**

Husova 3, Plzeň, 306 05

tel.: 377593430, e-mail: martina.buriankova@lfp.cuni.cz

**PŘIHLÁŠKA do programu celoživotního vzdělávání pro ak. rok 2010/2011**

- TEORETICKÉ ZÁKLADY VŠEOBECNÉHO LÉKAŘSTVÍ (3)**  
 **TEORETICKÉ ZÁKLADY ZUBNÍHO LÉKAŘSTVÍ (3)**

Datum registrace přihlášky (2)	
Registrační číslo:(2)	

Příjmení			
Jméno		Místo narození	
		Datum narození	

Rodné číslo		Pohlaví	
Číslo OP			
Č. pasu (cizinci)		St. občanství	

Adresa trvalého bydliště	Ulice, číslo domu		
	Místo (obec)		
	PSČ	Okres	

Kontaktní adresa	Ulice, číslo domu		
	Místo (obec)		
	PSČ	Okres	

mobilní telefon:	
e-mail:	

Střední škola (absolvovaná nebo studovaná)	Název, adresa		
	Fakulta nebo škola		
	Obor		
	Rok maturitní zkoušky		
	IZO střední školy		

(2) Vyplňuje škola

(3) Zaškrtněte typ kurzu

**K přihlášce přiložte kopii dokladu o dosaženém stupni vzdělání (maturitní vysvědčení).**

Prohlašuji, že všechny údaje jsou pravdivé a že jsem nezamlčel(a) závažné skutečnosti. Beru na vědomí, že dopustím-li se podvodného jednání v přijímacím řízení, mohu být na základě § 67 zákona č. 111/1998 Sb. , o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách) v důsledku tohoto jednání vyloučen(a) ze studia.

**Podpisem této přihlášky se uchazeč zavazuje akceptovat opatření děkana č. 5/2009**

Datum:

Podpis uchazeče:

Návrh přijímací komise

Datum:

Podpis předsedy příjím. komise:

Rozhodnutí děkana

Datum:

Podpis děkana:

Poznámky: