

Fakulta Univerzity Karlovy
Doktorské studijní programy v biomedicíně

Žádost o vykonání státní doktorské zkoušky

Datum:

Příjmení a jméno doktoranda:

Datum a místo narození:

Obor a forma doktorského studia (prezenční/distanční/kombinovaná):

Datum zahájení doktorského studia:

Adresa pracoviště (vč. telefonu, popř. E-mailu):

Adresa bydliště (vč. telefonu, popř. E-mailu):

Sdělují, že jsem splnil všechny studijní povinnosti předepsané studijním plánem mého doktorského studia, a žádám o možnost složit příslušnou státní doktorskou zkoušku.

Podpis doktoranda:

Potvrzují, že (příjmení a jméno doktoranda) splnil všechny studijní povinnosti předepsané studijním plánem jeho doktorského studia.

Příjmení, jméno, tituly, pracoviště a podpis školitele: