Meno a priezvisko študenta:

Dátum narodenia a miesto:

Adresa:

Študijný odbor:

Ročník:

email + telefonický kontakt:

**prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.**

**dekan Fakulty zdravotníctva**

**Katolíckej univerzity v Ružomberku**

**Nám. Andreja Hlinku 48**

**034 01 Ružomberok**

**Zanechanie štúdia**

V zmysle § 66 ods. 1 písm. a) zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov podávam toto písomné vyhlásenie o zanechaní štúdia na Fakulte zdravotníctva, Katolíckej univerzity v Ružomberku.

V súlade s § 66 ods. 2 písm. a) zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov dňom skončenia štúdia je deň, keď bolo vysokej škole doručené písomné vyhlásenie študenta o zanechaní štúdia.

       ...............................................................

 dátum podpis študenta