



ŽÁDOST O PRODLOUŽENÍ ZKOUŠKOVÉHO OBDOBÍ

VYPLŇUJE STUDENT

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Obor: DIPLOMOVANÁ DENTÁLNÍ HYGIENISTKA

Forma studia: denní kombinovaná

Ročník: 1. ročník 2. ročník 3. ročník 4. ročník

Nesplněné předměty:

.....

.....

.....

.....

Prodloužení do termínu:

V Praze dne: Podpis:

VYJÁDŘENÍ POVĚŘENÉHO ZAMĚSTNANCE ŠKOLY

VYPLŇUJE ŠKOLA

Žádosti: vyhovuji do nevyhovuji

Veškerá další opatření se řídí aktuálně platným Školním řádem a právním rámcem ČR.

V Praze dne: Podpis:

Poplatek za podání žádosti o prodloužení zkouškového období 500,- Kč zaplacen:

V Praze dne: Podpis: