



## ŽÁDOST O UZNÁNÍ PŘEDCHOZÍHO STUDIA

VYPLŇUJE STUDENT

Jméno a příjmení: .....  
Datum narození: .....  
Obor: DIPLOMOVANÁ DENTÁLNÍ HYGIENISTKA  
Forma studia: ☐ denní ☐ kombinovaná  
Ročník: ☐ 1. ročník ☐ 2. ročník ☐ 3. ročník ☐ 4. ročník  
Období: ☐ zimní ☐ letní

Žádám o uznání předchozího studia v rámci modulů:

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

V Praze dne: ..... Podpis: .....

## VYJÁDŘENÍ POVĚŘENÉHO ZAMĚSTNANCE ŠKOLY

VYPLŇUJE ŘEDITEL ŠKOLY

Povoluji uznání zkoušky z modulu/ů:

.....  
.....

Nepovoluji uznání zkoušky z modulu/ů:

.....  
.....

V Praze dne: ..... Podpis: .....