**JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ………………………………………………………….……..……..**

**ADRESA VČETNĚ PSČ: ………………………………………………………………..……..**

**DATUM NAROZENÍ: ………………………... ROČNÍK STUDIA: ……………..…………...**

**ZKRATKA STUDIJNÍHO PROGRAMU/OBORU: ……………………………………….…...**

**FORMA STUDIA: ……………………..……... ID STUDENTA: .……………..……….….....**

**ŽÁDOST O PŘERUŠENÍ STUDIA**

v souvislosti s uznanou dobou rodičovství evidovanou na Univerzitě Hradec Králové

 od ………………………………………….… do ………………………………………….…

**………………………….. …………………………..**

 datum podpis studenta

**VYJÁDŘENÍ KATEDRY/ÚSTAVU:**

 **………………..………………………………..**

 (datum, podpis vedoucího katedry/ústavu)

**ROZHODNUTÍ PRODĚKANA FF UHK:**

**ROZHODNUTÍ DĚKANA FF UHK:**

**POZNÁMKA STUDIJNÍHO ODDĚLENÍ:**