Jméno, příjmení, titul ……………………………………………………………………………………...................................................................

Datum narození ……………………………………………………………………………….. Telefon …………………………….

Kontaktní adresa …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Osobní číslo v IS/STAG: ………………………………... Zkratka programu ………………………… Rok studia ……….........

**ŽÁDOST**

o přerušení studia

v souvislosti s uznanou dobou rodičovství evidovanou

na Fakultě informatiky a managementu Univerzity Hradec Králové

 na období od ……………………………… do ………………………………………

…………………………………………………….. …………….…………………………………………….

 Datum Podpis studenta