

**Fakulta ..... Univerzity Karlovy v Praze**  
**Doktorské studijní programy v biomedicině**

---

**Žádost o vykonání státní doktorské zkoušky**

Datum:

Jméno a příjmení studenta:

Datum a místo narození:

Studijní program, studijní obor a forma doktorského studia  
(prezenční/kombinovaná):

Datum zahájení doktorského studia:

Adresa pracoviště (vč. telefonu, popř. e-mailu):

Adresa bydliště (vč. telefonu, popř. e-mailu):

Sděluji, že jsem splnil všechny studijní povinnosti předepsané individuálním studijním plánem mého doktorského studia, a žádám o možnost vykonat příslušnou státní doktorskou zkoušku.

Podpis studenta:

Potvrzuji, že ..... (příjmení a jméno studenta) splnil všechny studijní povinnosti předepsané studijním plánem jeho doktorského studia.

Příjmení, jméno, tituly, pracoviště a podpis školitele: