

OPAKOVANÝ PREDMET / RETAKEN SUBJECT

Žiadam o / Request for

☐ uznanie praktických cvičení/seminárov / for recognition of practical classes/seminars	
☐ súhlas s konaním skúšky v AR _____/ for approval of taking the final exam in AY _____	
Meno a priezvisko: Surname and Name:	
Študijný program: Study Programme:	
Rok štúdia (ročník): Year of Study:	
E-mail:	

V súlade s čl. 8 ods. 7 písm. c) Študijného poriadku UPJŠ v Košiciach, Lekárskej fakulty žiadam uznať kontaktnú výučbu predmetu, ktorý som absolvoval/a pri jeho prvom zápise.
In accordance with the Study and Examination Regulation of UPJŠ MF, Article 8, Par 7c) I request recognition of contact teaching of the first time registered subject:

Predmet / Subject:	
Pracovisko (ústav, klinika) / Department:	
Akademický rok absolvovania praktických cvičení / Academic year of completion of the practical classes:	
Číslo skupiny v AR absolvovania praktických cvičení / Group number in the AY of completion of the practical classes:	
Dátum / Date:	
Podpis študenta / Student's signature:	

Rozhodnutie garanta predmetu / Decision of Subject Guarantee:

Súhlasím / I agree

Nesúhlasím / I do not agree

s uznaním praktických cvičení / seminárov v plnom rozsahu z predmetu /
with recognition of practical classes / seminars in a full extent of subject

Dátum / Date:

Podpis garanta / Guarantee's signature: