



ŽIADOSŤ O PRERUŠENIE ŠTÚDIA REQUEST FOR STUDY INTERRUPTION

VYPLNÍ ŠTUDENT / FILL BY STUDENT:

Meno študenta: Surname and Name:	
Študijný program: Study Programme:	
Rok štúdia (ročník): Year of Study:	
Dátum narodenia: Date of Birth:	
Adresa: Address of Residence in Slovakia:	
E-mail:	
V súlade s § 85 ods. 1 zákona č. 300/2025 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov (vysokoškolský zákon) žiadam o prerušenie štúdia na Lekárskej fakulte UPJŠ v Košiciach na semester/semestrov z dôvodov: In accordance with Section 85 (1) of the Act No. 300/2025 Coll. Higher Education and on the change and amendments of some Acts (Higher Education Act), I request an interruption of my study at the Faculty of Medicine UPJŠ in Košice for term/terms because of the following reasons: ☐ zdravotných* / ☐ materská dovolenka* / ☐ osobné / health reasons* maternity leave* personal reasons.	
Prílohy*/Attachments*:	
Dátum / Date:	
Podpis študenta: Student's signature:	

Referent študijného oddelenia:

Počet kreditov:	
Opakovane zapísaný predmet:	
PRODEKAN PRE PEDAGOGICKÚ ČINNOSŤ	
Dátum, podpis:	

K žiadosti je potrebné doložiť „Potvrdenie o vysporiadaní záväzkov“.

It is necessary to submit a „Leaving Form“ along with a Request for study interruption.