

## POTVRDENIE O ZDRAVOTNEJ SPÓSOBILOSI

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Adresa trvalého bydliska: .....

.....

Potvrdzujem, že u menovaného/nej/ bola vykonaná zdravotná prehliadka, ktorá potvrdila, že menovaný/á/je zdravotne:

- a) spôsobilý/á/\*
- b) nespôsobilý/á/ \*

na doktorandské štúdium (III. stupeň vysokoškolského štúdia).

V ....., dňa .....

.....  
pečiatka a podpis lekára

\* nehodiace sa škrtnúť