|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | | | |
| **Číslo osoby:** | **ISIC pod fotkou** | ID studia | **ID Studia** | | | |
| **Příjmení a jméno:** | Klikněte sem a zadejte text. | | | | **Datum narození:** | | | | Zadejte text | |
| **Adresa, PSČ:** | Klikněte sem a zadejte text. | | | | | | | | | |
| Telefon/email: | Telefon/email | | | Ročník: | | Roč. | | Referent/ka: | | Zadejte text |

**POTVRZENÍ O SPLNĚNÍ PODMÍNEK PRO ABSOLVOVÁNÍ PŘEDMĚTU ZAHRANIČNÍ STUDIJNÍ POBYT**

Potvrzuji, že jsem splnil podmínky pro absolvování předmětu HXPV0099 Zahraniční studijní pobyt a

a) přikládám doklady o délce zahraničního studijního pobytu a o obsahu absolvovaných kontrol studia,

b) přikládám zprávu o průběhu zahraničního studijního pobytu v rozsahu minimálně 2 normostrany,

c) prohlašuji, že zahraniční studijní pobyt trval minimálně 3 po sobě jdoucí kalendářní měsíc a že jsem v rámci tohoto zahraničního studijního pobytu na zahraniční univerzitě absolvoval alespoň 3 kontroly studia v hodnotě alespoň 30 ECTS (popř. jejich ekvivalent udělený hostitelskou univerzitou)

Zahraniční studijní pobyt jsem absolvoval/a na níže uvedené univerzitě

|  |  |
| --- | --- |
| **Název univerzity:** | Klikněte sem a zadejte text. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **v době od:** | Zadejte text | **do:** | Zadejte text | **v rámci:** | Zvolte položku. |

\* Upřesněte v případě jiného mobilitního programu.

Datum

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

Datum Podpis studenta

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjádření garanta/tky předmětu** |  |
| **Záznam studijní referentky o provedení zápisu předmětu a kontroly studia** | Datum Podpis |