**UČO, jméno, příjmení:**

**Den, měsíc, rok narození:**

**Adresa:**

**Program, obor, forma studia:**

**Semestr studia:**

**Žádost  
o přerušení studia po uznanou dobu rodičovství**

V souladu s ustanovením § 54 zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s čl. 13 Studijního a zkušebního řádu MU, žádám o přerušení studia po uznanou dobu rodičovství.

Přílohou mé žádosti je úředně ověřená kopie (zakřížkujte, prosím)

□ těhotenského průkazu,

□ rodného listu dítěte,

□ dokumentu:…………………………………………………………………………………

………………………………… ………………………………………………

datum podpis studenta

**Upozornění:**

Doporučujeme uvést plánovanou délku přerušení studia. Pokud ji žadatel neuvede, bude vystaveno rozhodnutí na maximální možnou zákonnou dobu přerušení studia v uznané době rodičovství, tj. do doby dosažení 3 let věku dítěte. Žádost je třeba doručit přes podatelnu fakulty, pracoviště studijního oddělení nebo poštou na adresu studijního oddělení (v zápatí formuláře).