



PREŠOVSKÁ UNIVERZITA V PREŠOVE

FAKULTA ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV
UL. PARTIZÁNSKA 1, 080 01 PREŠOV, SLOVENSKÁ REPUBLIKA

POTVRDENIE O ŠTÚDIU

Meno a priezvisko

narodený/á deň, mesiac, rok.....RČ.....

je v akademickom roku 2026/2027 študentom v roku štúdia *dennej/externej formy

2 - ročného bakalárskeho študijného programu*

3- ročného bakalárskeho študijného programu*

2- ročného magisterského študijného programu*

Toto potvrdenie sa vydáva ako doklad o štúdiu.

V Prešove.....

Pečiatka, podpis:.....

** nehodiace sa škrtnúť*



PREŠOVSKÁ UNIVERZITA V PREŠOVE

FAKULTA ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROV
UL. PARTIZÁNSKA 1, 080 01 PREŠOV, SLOVENSKÁ REPUBLIKA

POTVRDENIE O ŠTÚDIU

Meno a priezvisko

narodený/á deň, mesiac, rok.....RČ.....

je v akademickom roku 2026/2027 študentom v roku štúdia *dennej/externej formy

2 - ročného bakalárskeho študijného programu*

3- ročného bakalárskeho študijného programu*

2- ročného magisterského študijného programu*

Toto potvrdenie sa vydáva ako doklad o štúdiu.

V Prešove.....

Pečiatka, podpis:.....

** nehodiace sa škrtnúť*