|  |
| --- |
| **Žiadosť o realizáciu odbornej praxe vo VC ABT - študent** |
| ***Meno*** |  | ***Priezvisko*** |  | ***Tituly*** |  |
| *Fakulta, katedra:* |  |
| *Obdobie:* |  |
| *Názov záverečnej práce:* |  |
| *Popis realizovaných vedeckovýskumných činností:* |  |
| *Meno školiteľa:**Súhlas:*  |  |
| *Názov laboratória/laboratórií:* |  |
|  | *Miestnosti č.:* |  |
| *Absolvovanie BOZP:* |  |
| *Dátum:* | *Podpis:* |  |  |

Dátum: .........................................................................................

 Podpis žiadateľa