

**Stipendijní program „ARBERLAND-Klinikstudent“  
Přihlašovací formulář**

**O stipendijní program „ARBERLAND-Klinikstudent“ se uchází:**

Jméno: \_\_\_\_\_

Příjmení: \_\_\_\_\_

**Maturita**

(kopii maturitního vysvědčení přiložte k žádosti)

Jméno škola: \_\_\_\_\_

Město: \_\_\_\_\_

Průměr známek: \_\_\_\_\_

**Studium**

(k žádosti je třeba přiložit kopii osvědčení o imatrikulaci)

Zahájení: \_\_\_\_\_

Jméno univerzita: \_\_\_\_\_

Plánované ukončení: \_\_\_\_\_

Zaměření: \_\_\_\_\_

**Přehled absolvovaných stáží, praktik apod.:**

	Délka	Název instituce	Klinika / oddělení
1			
2			
3			
4			
5			

**Stipendijní program „ARBERLAND-Klinikstudent“  
Přihlašovací formulář**

**Motivace**

Proč se hlásíte do stipendijního programu?

---

---

---

**Soukromá adresa**

Ulice a číslo domu: \_\_\_\_\_

Poštovní směrovací číslo: \_\_\_\_\_

Město: \_\_\_\_\_

Telefon (pevná linka): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

Datum a podpis uchazeče / uchazečky