

## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ STIPENDIA AGEL

Žádám o stipendium ve školním roce: ..... / .....

### INFORMACE O ŽADATELI

**Titul:** ..... **Jméno a příjmení:** .....

**Datum narození:** .....

**Adresa trvalého bydliště:** .....

.....

**Kontaktní adresa:**<sup>1</sup> .....

.....

**Telefon:** ..... **E-mail:** .....

### INFORMACE O ŠKOLE A STUDIU

**Název a sídlo školy:** .....

**Fakulta** (pouze v případě VŠ):..... **Obor studia:** .....

**Ročník studia:** ..... / .....

**Studijní průměr žadatele za poslední absolvovaný ročník:** .....

### INFORMACE O BUDOUCÍM UPLATNĚNÍ

**Mám zájem nastoupit do Stipendijního programu AGEL ve spolupráci s tímto zdravotnickým zařízením:** (napište nemocnici, polikliniku, laboratoř aj. společnost v rámci skupiny AGEL, do které máte zájem nastoupit po ukončení stipendijního programu):

.....

**V případě zájmu uveďte i budoucí pracoviště** (2 – 3 oddělení), kde byste chtěl/la v budoucnu pracovat. Medici prosím vyplní preference oboru, ve kterém budou mít zájem se specializovat. Tato skutečnost je pro dané zdravotnické zařízení pouze informativní a není závazné.

Dne.....

Podpis studenta.....

<sup>1</sup> Vyplní žadatel v případě, že je odlišná od adresy trvalého bydliště