**Technická univerzita vo Zvolene**

**T.G. Masaryka 24, 96053 Zvolen**

**Žiadosť o odklad záverečných skúšok**

**doplňujúceho pedagogického štúdia**

Meno a priezvisko žiadateľa: ....................................................................................................................

Študijná skupina: ....................................................................................................................

Riadny termín záverečných skúšok: ..........................................................................................................

Korešpondenčná adresa žiadateľa: ...........................................................................................................

 ..........................................................................................................

Zdôvodnenie žiadosti:

Dátum podania žiadosti: ........................................... Podpis žiadateľa ....................................................

Vyjadrenie garanta DPŠ:

Dátum: ......................................................Podpis garanta DPŠ: ..............................................................