**Žádost o finanční příspěvek z PPSŘ Lékařské fakulty v Plzni**

## pro rok 2024 (Mobilita studentů, akademických a THP pracovníků)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACE O ŽADATELI | | | | | | | | | |
| **Jméno a příjmení:** |  | | | | | | | | |
| **Datum narození:** |  | | | | | | | | |
| **Osobní číslo:** |  | | | | | | | | |
| **Adresa:** |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **Mobil:** |  | | | | | | | | |
| **E-mail:** |  | | | | | | | | |
| **Ročník:** |  | | | **Klinika/ústav** | | |  | | |
| INFORMACE O ZAHRANIČNÍ ORGANIZACI | | | | | | | | | |
| **Druh pobytu:** |  | | | | | | | | |
| **Název organizace:** |  | | | | | | | | |
| **Adresa:** |  | | | | | | | | |
| **Město:** |  | | | | | **Stát:** | |  | |
| **Délka pobytu:** | od dne: | |  | | | do dne: | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| Níže uvedeným podpisem žadatel potvrzuje, že uvedené údaje jsou pravdivé. | | | | | | | | | |
| **Datum podání žádosti:** | |  | | | **Podpis žadatele:** | | | |  |

**Povinná příloha:**

Akceptační/ Zvací dopis nebo Card of acceptance – vytištěný z databáze IFMSA

**Žadatel je povinen po návratu doložit na Oddělení zahraničních styků LF UK v Plzni:**

**a) Potvrzení o vykonané stáži, uskutečněném studijním pobytu**

**b) Vyplnit on-line Závěrečnou zprávu**