

**Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu**

Tímto potvrzuji, že uchazeč/ka

narozen/a , rodné číslo bydlištěm

Je zdravotně způsobilý/á ke studiu studijního programu Dentální hygiena, dle ustanovení Vyhlášky č. 271/2012 Sb.

Jiná sdělení:

V dne

razítko a podpis lékaře