****

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno studenta:** |  |
| **Osobní číslo studenta:** |  |
| **Studijní program:** |  |
| **Téma kvalifikační práce:** |  |
| **Jméno vedoucího kvalifikační práce:** |  |

**Žádost o souhlas s realizací výzkumu na FZV UP**

Žádám o udělení souhlasu s realizací výzkumu, jehož subjekty výzkumu budou studenti ………………………………………………………………………………… Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Vybranou metodou sběru dat je/jsou …………………………………………………. …………………. .

Datum: …………………………………..

Podpis studenta: ………………………………….

Vyjádření děkana FZV UP: ………………………………………………

Podpis děkana FZV UP: …………………………………………………….