|  |  |
| --- | --- |
| FAPPZ_CZ_CZU_cb  **Žádost o přezkoumání rozhodnutí** | |
| Příjmení a jméno uchazeče: |  |
|  |  |
| **Číslo přihlášky:** |  |
| Obor: |  |
| Termín přijímací zkoušky: |  |
| Odůvodnění žádosti*:*  *(Právo podat žádost o přezkoumání rozhodnutí má každý uchazeč. Před podáním žádosti je však třeba zvážit, zda uváděné důvody odpovídají charakteru přezkumného řízení. Z tohoto důvodu lze podání žádosti doporučit pouze uchazeči, který může děkanovi fakulty doložit důvody pro změnu původního rozhodnutí.)* | |
| dne | podpis uchazeče: |
| *Rozhodnutí děkana FAPPZ (nevyplňujte):* | |

***Žádost o přezkoumání výsledku přijímací zkoušky bude řešena pouze:***

* *budou-li vyplněny všechny údaje ve formuláři*
* *bude-li žádost řádně zdůvodněna*
* *bude-li žádost doručena na fakultu* ***do 30 dnů*** *ode dne doručení původního rozhodnutí*

***Žádost se doručí:***

* *poštou doporučeně na adresu:*

***FAPPZ ČZU v Praze, Studijní oddělení, Kamýcká 129, 165 00 Praha - Suchdol***

* *osobně na studijní oddělení Fakulty agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů.*