

Prihláška na denné vyššie odborné štúdium

I. Vyplní uchádzač

Meno a priezvisko:		
Dátum narodenia	Miesto	Okres
Národnosť	Štátne občianstvo	Rodné číslo
Trvalý pobyt		
Korešpondenčná adresa (ak je odlišná od trvalého pobytu)		
Telefónne číslo		
E-mailová adresa		
Názov a adresa školy, na ktorú sa uchádzač hlási	Stredná zdravotnícka škola, Záhradnícka 44, 821 08 Bratislava	
Odbor štúdia	5314 Q diplomovaný fyzioterapeut	

Príloha: **Overená kópia maturitného vysvedčenia**

Podpis uchádzača

II. Vyplní lekár

Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti na štúdium a na výkon povolania v zvolenom odbore podľa vyhlášky MZ SR 364/2009 Z. z.:

V dňa

pečiatka a podpis

III. Vyplní riaditeľ školy, na ktorú sa uchádzač hlási

Rozhodnutie:

Uchádzač bol – nebol* prijatý na štúdium

V Bratislave dňa

pečiatka a podpis

* Čo sa nehodí, prečiarknite