Stredná zdravotnícka škola, Masarykova 27, 071 01 Michalovce

*P R I H L Á Š K A\**

*na večerné pomaturitné kvalifikačné štúdium v študijnom odbore*

*ZDRAVOTNÍCKY ASISTENT - dvojročné
(podmienkou je maturita)*

I. Vyplní uchádzač

|  |
| --- |
| *Meno a priezvisko: Rodné priezv.:* |
| *Dátum narod.: Miesto: Okres:* |
| *Národnosť: Št .občianstvo: Rod. číslo.:* |
| *Bydlisko: PSČ: Č. tel.:* |
| *Škola, ktorú uchádzač absolvoval, dosiahnuté vzdelanie (maturitná skúška)* |
| Poznámka: |

V ..............................dňa...................... ..................................................

 Podpis uchádzača

II. Vyplní lekár

|  |
| --- |
| *Posudok lekára, či je uchádzač telesne schopný vykonávať práce podľa zvoleného druhu štúdia.**V .......................dňa................. ......................................* *Pečiatka a podpis* |

\* prihlášku je potrebné doručiť do 31. mája spolu s kópiou maturitného vysvedčenia