Střední zdravotnická škola, Děčín,

Čsl. mládeže, příspěvková organizace

**Žádost o přestup na zkrácené pomaturitní dvouleté studium**

forma studia dálková, obor zdravotnický asistent

Jméno a příjmení žáka : .............................................................................................................

Místo trvalého pobytu : .............................................................................................................

Datum narození : .......................................... rodné číslo : .......................................................

ze třídy: .........................................oboru, formy vzdělávání : ..................................................

...................................................................................................................................................

Telefon, e-mail : ........................................................................................................................

*Žák, žákyně bere na vědomí, že přestup bude realizován jen v případě otevření třídy výše uvedeného studia.*

V ............................... dne .........................

............................................................ podpis žáka

|  |
| --- |
| Stanovisko ředitele školy: |