



*Stredná zdravotnícka škola
Egészségügyi Középiscola
Pod ěalvariou 1, 940 01 Nov Zámky*

PRIHLSKA

pre uchádzačov na 2-ročné pomaturitné kvalifikačné štúdium pre školský rok 20 /20 ,
v študijnom odbore zdravotnícky asistent

I. Vyplní uchadza

Titul meno a priezvisko, titul:		
Rodné islo:	Rodné priezvisko:	
Dátum nar.:	Miesto nar.:	
Národnosť:	Okres miesta nar.:	
islo občianskeho preukazu:	Štátne občianstvo:	
Email:	Mobil:	
<i>Adresa trvalého bydliska:</i> Ulica a islo domu:		
PS:	Mesto:	Okres:
<i>Adresa doruovacia (ak je in ako adresa trvalého bydliska):</i> Ulica a islo domu:		
PS:	Mesto:	Okres:
Názov a sídlo strednej školy, ktor uchadza ukončil:		

II. Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti uchádzača k výkonu zdravotnického povolania

* Sposobil / Nesposobil	
Dátum: _____	pečiatka a podpis _____

* Nehodiace sa prečiarknite

V _____ dňa _____

_____ podpis uchádzača

Prilohy:

1. *ivotopis*
2. *Doklad - overen fotokópia maturitného vysvedčenia*