



Stredná zdravotnícka škola
Egészségügyi Középiskola
Pod Ľalváriou 1, 940 01 Nové Zámky

P R I H L Á Š K A

pre uchádzačov na 2-ročné pomaturitné kvalifikačné štúdium pre
školský rok 20__/20__, v študijnom odbore **zdravotnícky asistent**

I. Vyplní uchádzač

Meno a priezvisko:		Rodné priezvisko:
Dátum nar.:	Miesto:	Okres:
Národnosť:	Štátne občianstvo:	
Číslo občianskeho preukazu:	Rodné číslo:	
Adresa trvalého bydliska		
Ulica a číslo domu:		
PSČ:	Mesto:	Okres:
Kontakt (tel. č.):	Email:	

II. Vyplní zamestnávateľ (nie je povinný údaj)

T. č. zamestnaná (ý) od:	pracovné zaradenie:
V _____ dňa _____ pečiatka a podpis riaditeľa organizácie	

III. Vyjadrenie lekára o zdravotnej spôsobilosti uchádzača

pečiatka a podpis

V _____ dňa _____
podpis uchádzača

Prílohy:

1. Životopis
2. Doklad - overená fotokópia maturitného vysvedčenia