



*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 maser

**I. Vyplní uchadza**

Titul meno a priezvisko, titul:		
Rodné islo:	Rodné priezvisko:	
Dátum nar.:	Miesto nar.:	
Národnosť:	Okres miesta nar.:	
islo občianskeho preukazu:	tatne 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 zdravotníckeho 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*