

**Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Ostrava,
příspěvková organizace, Jeremenkova 2, 703 00 Ostrava**

**Ž Á D O S T
o vystavení potvrzení o době studia**

Jméno a příjmení:.....

Jméno a příjmení v době vydání originálu dokladu:.....

Rodné příjmení:.....

Datum a místo narození:.....

Rodné číslo:.....Státní občanství:.....

Trvalé bydliště, PSČ:.....

Telefon, e-mail:.....

Přesné označení absolvované školy a oboru: (včetně číselného kódu oboru)

.....

.....

Ročník ukončení studia (školní rok/.....) třída:.....

.....
podpis žadatele

.....
podpis odpovědné pracovnice