

došlo:
č.j.: SZSOs/
počet l./př.:

/2024

spis. zn.: 5.5.1.
skartační zn. a lhůta: S10
vyřizuje: ŘŠ, SO VOŠ

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Ostrava, příspěvková organizace

Jeremenkova 754/2, 703 00 Ostrava

PŘIHLÁŠKA KE VZDĚLÁVÁNÍ

Vyšší odborná škola

Forma vzdělávání - **DENNÍ**

(zatrhněte pouze jeden obor)

- Obor vzdělání:**
- 53-41-N/1. - Diplomovaná všeobecná sestra
 - 53-43-N/1. - Diplomovaný farmaceutický asistent
 - 53-41-N/5. - Diplomovaná dětská sestra
 - 53-41-N/4. - Diplomovaný nutriční terapeut
 - 53-44-N/1. - Diplomovaný zubní technik
 - 53-41-N/3. - Diplomovaná dentální hygienistka

Osobní údaje

Příjmení a jméno uchazeče:		Rodné příjmení uchazeče:		Titul:	
Rodné číslo:	Datum narození:	Místo narození:	ID Datové schránky:	Státní občanství:	
Mobil:	E-mail:		ZPS (změněná pracovní schopnost) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Adresa trvalého pobytu (včetně směrovacího čísla a okresu):

Adresa pro doručování písemností (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu):

Údaje o střední škole, na které byla získána maturita

Název střední školy:	IZO:
Adresa střední školy:	Kód oboru:
Název oboru:	Rok maturity:

Průměrný prospěch předmětů*:
* zaokrouhlený na dvě desetinná místa

1. pol. předposledního ročníku:
2. pol. předposledního ročníku:
1. pol. posledního ročníku:

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s kritérii přijímacího řízení pro mnou zvolený obor.

V _____ dne _____ **podpis uchazeče:**

Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a výkonu povolání

Podle odst. 4 § 94 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.).

Vyplňuje se pouze v případě, že se jedná o obor vzdělání, pro který je tento posudek nezbytný.

- uchazeč je **zdravotně způsobilý** ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**
- uchazeč je **zdravotně způsobilý** ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání **s podmínkou****
- uchazeč je **zdravotně nezpůsobilý** ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**
- uchazeč **pozbývá dlouhodobě zdravotní způsobilost** ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**

** zatrhněte vhodnou variantu

Datum:

Razítko a podpis lékaře

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

