došlo: spis. zn.: 5.5.1
č.j.: SZSOs/ /2025 skartační zn. a lhůta: S10
počet l./př.: 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
- ☐ 53-43-N/2. - Diplomovaný zdravotní laborant

Osobní údaje

Příjmení a jméno uchazeče:		Rodné příjmení uchazeče:		Titul:
Rodné číslo:	Datum narození:	Místo narození:	ID Datové schránky fyzické osoby:	Státní občanství:
Mobil:	E-mail:		ZPS (změněná pracovní schopnost) ☐ ano ☐ 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 **pozbyl 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.

Výpis známek

Prospěch podle vysvědčení ze střední školy			
Název předmětu (bez hodnocení z chování a nepovinných předmětů)	**Známky (vyjádřeny číselně)**		
	1. pololetí předposledního ročníku	**2. pololetí předposledního ročníku**	**1. pololetí posledního ročníku**

Průměr: _____ _____ _____

Razítko a podpis odpovědné osoby ve střední škole*:**

**** "Prohlašuji, že jsou u uchazeče uvedeny všechny povinné předměty včetně předmětů povinně volitelných a ověřuji správnost známek včetně průměrů zaokrouhlených na dvě desetinná místa".* ……

Podpis uchazeče: ……

Vysvětlivky:

1. **Do průměru hodnocení se nezapočítává hodnocení z chování a hodnocení z nepovinných předmětů. Neuvádějte je tedy ve výše uvedeném přehledu. Průměr se zaokrouhluje na dvě desetinná místa.**
2. V případě, že výše uvedené hodnocení nedokládáte úředně ověřenými kopiemi všech stran ročníkových vysvědčení, musíte je nechat potvrdit Vámi studovanou střední školou.
3. Bylo-li Vám již vystaveno vysvědčení o maturitní zkoušce, přiložte jeho úředně ověřenou kopii k přihlášce. Nebylo-li Vám ještě vystaveno, doručte jej na sekretariát ředitelky školy ihned po jeho vystavení, **nejpozději do dne 18.6.2025 do 15.00 hodin (rozhodující je datum a čas doručení).**
4. **Přihláška musí být vytištěna oboustraně nebo neoddělitelně spojena.**