

došlo:  
č.j.: SZSOs/  
počet l./př.:

/2023

spis. zn.: 5.1.1.  
skartační zn. a lhůta: S20  
vyřizuje: ŘŠ, SO VOŠ

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Ostrava, příspěvková organizace Jeremenkova 754/2, 703 00 Ostrava				
<b>PŘIHLÁŠKA KE VZDĚLÁVÁNÍ</b> Vyšší odborná škola				
<b>PŘIJETÍ DO VYŠŠÍHO ROČNÍKU</b>				(zatrhněte pouze jeden obor)
Forma vzdělávání - <b>kombinovaná</b>				
Obor vzdělání: <input type="checkbox"/> 53-41-N/4. - Diplomovaný nutriční terapeut				
<b>Osobní údaje</b>				
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):				
<b>Údaje o střední škole, na které byla získána maturita</b>				
Název střední školy:			IZO:	
Adresa střední školy:			Kód oboru:	
Název oboru:			Rok maturity:	
Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s kritérii přijímacího řízení pro mnou zvolený obor.				
V _____ dne _____ <b>podpis uchazeče:</b>				
<b>Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a výkonu povolání</b>				
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.				
<input type="checkbox"/> uchazeč je <b>zdravotně způsobilý</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**				
<input type="checkbox"/> uchazeč je <b>zdravotně způsobilý</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání <b>s podmínkou**</b> .....				
<input type="checkbox"/> uchazeč je <b>zdravotně nezpůsobilý</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**				
<input type="checkbox"/> uchazeč <b>pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilost</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**				
** zatrhněte vhodnou variantu				
<b>Datum:</b>			<b>Razítko a podpis lékaře</b>	

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.