

došlo:

č.j.: SZSOs/

/2021

počet l./př.:

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

(zatrhněte pouze jeden obor)

Forma vzdělávání - **kombinovaná**

- Obor vzdělání:**
- 53-41-N/3. - Diplomovaná dentální hygienistka
 - 53-41-N/4. - Diplomovaný nutriční terapeut
 - 53-41-N/5. - Diplomovaná dětská sestra

Cizí jazyk, ve kterém bych se chtěl/a na VOŠ vzdělávat:

(zatrhněte jen 1 variantu)

- anglický jazyk německý jazyk ruský jazyk

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*: 1. pol. předposledního ročníku:

* zaokrouhlený na dvě desetinná místa 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.

