



VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ
A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA
TRUTNOV

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA do akreditovaného kvalifikačního kurzu pro sanitáře

Jméno a příjmení:.....Datum narození:.....

Místo narození:.....Okres:.....Rodné číslo:.....

Státní občanství:.....Bydliště:.....PSČ:.....

Nejvyšší dosažené vzdělání:.....Obor:.....

(k přihlášce je nutno přiložit kopii kvalifikačního dokladu nejvyššího dosaženého vzdělání, minimální základní)

Název učiliště (školy):.....

Adresa zaměstnavatele:.....PSČ:.....

Telefonní čísloe- mail:

Očkování proti hepatitidě B jsem absolvoval/a dne:.....

(doložené očkování je podmínkou k zařazení do kurzu a výkonu povinné praxe stejně, jako věk minimálně 18 let)

Potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s podmínkami přijetí do kurzu na www.szstrutnov.cz a že s nimi souhlasím.

Zdravotní stav:.....

Datum:.....

.....
podpis účastníka