Žádost o přijetí do vyššího ročníku studia „model 4+1“

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno Příjmení (student) | | | | | | | | **Datum nar.** | | |
| Adresa bydliště | | | | | | | | | | |
| Ulice | | | | | č. p. | | PSČ | obec | | |
|  | | | | |  | |  |  | | |
| Telefon | | | | | **E-mail** | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **Žádám o přijetí do vyššího ročníku studia** | | | | | | | | | | |
| Ve školním roce: | 2017/2018 | do |  | ročníku | | | | Forma studia: | | denní |
| Obor | | Diplomovaná všeobecná sestra | | | | | | | | |
| Důvod (podrobný popis) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | Podpis studenta | | |
|  | | | | | |  | | |

Přílohy:

Maturitní vysvědčení (ověřená kopie)

Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání