



**Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola**

**Praha 4, 5. května 51, IČ: 00638722 DIČ: CZ00638722**

**tel.: 244 105 001, fax: 244 105 043**

**e-mail: [zdravotnickaskola@centrum.cz](mailto:zdravotnickaskola@centrum.cz) web: [www.zdravotnickaskola5kvetna.cz](http://www.zdravotnickaskola5kvetna.cz)**

## **Žádost o opravný termín absolutoria**

**Č.j.: SOv - .....**

**Jméno a příjmení studenta, dat. nar.:** .....

**Kontaktní adresa, PSČ:** .....

**Obor, stud. skup., forma vzděl.:** .....

**Vedoucí stud. skup.:** .....

**Školní rok:** .....

**1. — 2. opravný termín** nehodící se škrtněte

**Předměty absolutoria (označte, který předmět, z kterého budete konat opravnou zkoušku):**

- odborná teoretické zkouška**
- cizí jazyk (anglický – německý)** nehodící se škrtněte
- obhajoba absolventské práce**

**Datum:** .....

.....  
*podpis studenta*

.....  
**Vyjádření vedoucího studijní skupiny (datum, podpis):**

.....  
**Vyjádření vedoucího oboru (datum, podpis):**

**Stanovisko ředitelky školy:**