



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 web: www.zdravotnickaskola5kvetna.cz

**Žádost
o změnu oboru vzdělávání v rámci školy
Č.j.: SOv - _____**

Jméno a příjmení studenta, dat.nar.:

Obor, stud.skup., forma vzděl.:

Vedoucí stud.skup.:

z oboru:

na obor:

od data:

Důvody žádosti (vyplní student):

.....

Kontaktní adresa, PSČ:

.....

Datum:

.....
podpis studenta

Vyjádření vedoucí stud. skup.:

.....

Vyjádření vedoucího oboru:

Stanovisko ředitelky školy:

Na vědomí: vedoucí studijních skupin, vedoucí oborů, studijní oddělení