

# PŘIHLÁŠKA KE STUDIU

## Vyšší odborná škola

Forma vzdělávání - denní, večerní, dálková, distanční, kombinovaná <sup>1)</sup>

**A** Vyplní uchazeč

Příjmení a jméno uchazeče			
Datum, místo narození a stát			
Rodné číslo		Státní občanství	
Adresa trvalého pobytu telefon (e-mail, fax)		ZPS ano <sup>1)</sup> ne <sup>1)</sup>	
Příjmení, jméno a adresa uchazeče nebo osoby (pro zaslání výsledků přijímacího řízení), pokud se nezásílá na adresu trvalého bydliště		Telefon (e-mail, fax)	
<b>Název a adresa vyšší odborné školy</b> Vyšší odborná škola zdravotnická Suverénního řádu maltézských rytířů Ječná 33 120 00 Praha 2			
Obor vzdělání (kód a název) do kterého se uchazeč hlásí <b>53-41-N/1. Diplomovaná všeobecná sestra</b>			
Vzdělávací program (kód a název) <b>53-41-N/11 Diplomovaná všeobecná sestra</b>			
Řidičský průkaz skupiny			
V _____ Dne _____ Podpis uchazeče _____			

### Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání

Podle § 94 odst. 4 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.), ve znění pozdějších předpisů.

Datum

Razítko a podpis lékaře

Vysvětlivky:

1) Nehodící se škrtněte

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, a zákona 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.