

# PRIHLÁŠKA

do odboru **5371 H SANITÁR**  
**5371 H SANITÁRKA**

1- ročné externé večerné štúdium pre absolventov minimálne  
so stredným odborným vzdelaním

Školský rok: 20.../20...

<b>Meno a priezvisko:</b>	<b>Rod.:</b>	
<b>Dátum narodenia:</b>	<b>Miesto:</b>	<b>Okres:</b>
<b>Rodné číslo:</b>	<b>Národnosť:</b>	<b>Štátne obč.:</b>
<b>Adresa bydliska:</b>	<b>PSČ:</b>	
<b>Telefónne číslo:</b>	<b>Email:</b>	
<b>Názov a adresa školy, do ktorej sa uchádzač hlási:</b>	<i>Stredná zdravotnícka škola sv. Františka z Assisi Horná 137, 022 01 Čadca</i>	
<b>Najvyššie dosiahnuté vzdelanie (vysvedčenie o záverečnej skúške, maturitné vysvedčenie): Škola a odbor, ktorú uchádzač navštevoval:</b>		

V.....dňa.....

.....

podpis uchádzača

<b>Rozhodnutie riaditeľa školy:</b> Uchádzač bol – nebol prijatý na štúdium.  V Čadci, dňa..... .....  pečiatka a podpis riaditeľa
--

## Na štúdium sa môžu prihlásiť:

- uchádzač, ktorý má ukončené minimálne stredné odborné vzdelanie bez maturity (vysvedčenie o záverečnej skúške),
- uchádzač, ktorý má maturitu (maturitné vysvedčenie).

## Povinná súčasť prihlášky:

▪ *o v e r e n á* kópia vysvedčenia o záverečnej skúške zo strednej odbornej školy, alebo overená kópia maturitného vysvedčenia.

## ▪ požiadavky zdravotnej spôsobilosti:

Do strednej zdravotníckej školy môže byť prijatý žiak, ktorého zdravotný stav posúdil a potvrdil všeobecný lekár pre dospelých **Príloha č. 1 – Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka študovať príslušný odbor vzdelávania na školský rok...**

Do učebného odboru **5371 H SANITÁR/SANITÁRKA** môže byť prijatý žiak, ktorý spĺňa zdravotné kritériá na prácu v odbore, vrátane kritérií pre pracovníkov vykonávajúcich epidemiologicky závažnú činnosť a podľa legislatívnych predpisov MZ SR.

## Príloha č. 1

(Príloha k Usmerneniu ku konaniu prijímacieho konania na stredné školy)

### **Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka študovať príslušný odbor vzdelávania na školský rok 20../20..**

Meno a priezvisko: ..... Dátum narodenia: .....

Študijný/učebný\* odbor (kód a názov): .....

.....

Vyjadrenie lekára:

V ..... dňa .....

podpis lekára a odtlačok pečiatky

(\* ) Nehodiace sa prečiarknite