

# Žádost

Žádost podává:

Jméno a příjmení:

Místo trvalého pobytu : (adresa pro doručování)

Datum narození:

Žádost je určena:

Střední zdravotnické škole a vyšší odborné škole zdravotnické Karlovy Vary,  
Poděbradská 2, 360 01

Předmět žádosti:

**Žádám o přijetí do druhého ročníku oboru Diplomovaná všeobecná sestra podle  
pravidel pokusného ověřování**

Datum a podpis uchazeče:

Vyjádření vedoucí oborů VOŠZ:

V Karlových Varech, dne:

Vyjádření ředitelky školy:

V Karlových Varech, dne: