
(Meno a priezvisko, úplná adresa, email, telefonický kontakt)

Stredná zdravotnícka škola
M. T. Schererovej v Ružomberku
Dončova 7
034 01 Ružomberok

(miesto a dátum podania žiadosti)

Vec: Žiadosť o nahrádzanie praxe

Žiadam o povolenie nahradiť prax z predmetu ošetrovateľská starostlivosť.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti ďakujem.

S pozdravom

Vlastnoručný podpis