P R I H L Á Š K A

 **do odboru 5371 H SANITÁR**

 **5371 H SANITÁRKA**

**1- ročné externé večerné štúdium pre absolventov minimálne**

**so stredným odborným vzdelaním**

### **Školský rok: 20.../20...**

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

V......................................dňa.................... ........................................................

 podpis uchádzača

|  |
| --- |
| **Rozhodnutie riaditeľa školy:**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