

	Žádost studenta	Kód/číslo změny/datum QF136/1/24.5.2018
Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Plzeň, Karlovarská 99		

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Obor, ročník	
Vedoucí studijní skupiny	
Kontaktní adresa, včetně PSČ	
Mobilní telefon	
e-mailová adresa	

Žádost studenta VOŠZ

Věc žádosti

--

Důvod žádosti, upřesnění žádosti

Příloha: Datum:	Podpis studenta:
---	--------------------------------

Vyjádření vedoucího studijní skupiny:

--

Vyjádření zástupce ředitelky školy:

--

Vyplněním tohoto formuláře dává student souhlas s uchováním osobních údajů uvedených v tomto formuláři, včetně příloh. Formulář bude po vyřízení založen do osobní složky studenta a po ukončení studia archivován dle Spisového a skartačního řádu.

Datum změny:	12.12.2023	Vytištěno:	18. 8. 2025 10:29
Zpracoval/a:	Mgr. Uhlířová	Schválil/a	Mgr. Jiřina Uhrová, Ed.D.

V případě tisku směrnice ze serveru platí tato pouze 48 hodin od chvíle, kdy byla vytištěna a poté jen po zaevidování u PVJ