**P R I H L Á Š K A**

**do študijného odboru 5361 N PRAKTICKÁ SESTRA**

**2- ročné večerné pomaturitné kvalifikačné štúdium pre absolventov**

**strednej školy s maturitou**

**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 ( maturitné vysvedčenie):****Škola a odbor, ktorú uchádzač navštevuje, alebo navštevoval:** |

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

 podpis uchádzača

|  |
| --- |
| **Rozhodnutie riaditeľa školy:**Uchádzač bol – nebol prijatý na štúdium.V Čadci, dňa............................ ....................................................... pečiatka a podpis riaditeľa |

**Na štúdium sa môže prihlásiť:**

▪ uchádzač, ktorý má ukončené stredné odborné vzdelanie s maturitou (maturitné

 vysvedčenie).

**Povinná súčasť prihlášky:**

*▪* ***o v e r e n á***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 študijného odboru **5361 N praktická sestra** 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