|  |
| --- |
| PŘIHLÁŠKA KE VZDĚLÁVÁNÍVyšší odborná škola zdravotnická Zlín |

|  |
| --- |
| Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická ZlínBroučkova 372, Příluky, 760 01 Zlín[www.szszlin.cz](http://www.szszlin.cz); info@szszlin.cz; 577 008 111 |

|  |
| --- |
| Vyplní uchazeč |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení uchazeče |  | Rodné číslo |
| Jméno uchazeče |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Datum narození | Místo narození | Okres |
|  |  |  |
| Stání občanství | Telefon | e-mail | datová schránka \* |
|  |  |  |  |
| Adresa trvalého pobytu (ulice, č.p., Obec, PSČ, okres) |
|  |
| Adresa pro doručování písemností (pokud se liší od adresy trvalého pobytu) |
|  |

|  |
| --- |
| Obor studia (zatrhněte pouze jednu možnost) |
| 53-41- N/1. Diplomovaná dětská sestra, tříleté denní studium53-41- N/1. Diplomovaná všeobecná sestra, tříleté denní studium53-41- N/1. Diplomovaná všeobecná sestra, tříletá kombinovaná forma studia |
| Cizí jazyk (zatrhněte, o který jazyk máte při studiu na VOŠ zájem) |
| anglický jazyk německý jazyk \*\* |

\* pokud máte zřízenu

\*\* studijní skupina bude otevřena při dostatečném počtu zájemců

|  |
| --- |
| Údaje o střední škole, na které byla získána maturita |
| Název střední školy | IZO školy |
|  |  |
| Adresa střední školy | Rok maturity |
|  |  |
| Název oboru studia | Kód oboru |
|  |  |
| **Předchozí působiště** (ve školním roce, ve kterém podáváte tuto přihlášku – vyberte jednu variantu) |
| studium na střední škole studium v zahraničí | studium na VOŠ v zaměstnání | studium na VŠ  jiné |
| Průměrný prospěch |
| ve 2. pololetí posledního ročníku SŠ | z maturitní zkoušky |
|  |  |

|  |
| --- |
| Potvrzení registrujícího (odborného) lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání |
| **Registrující (odborný) lékař potvrzuje, že uchazeč (ka)** o studium ve výše uvedeném oboru vzdělávání **není omezen** **(a)**, v souladu s přílohou č. 2 k Nařízení vlády 211/2010 Sb. o soustavě oborů vzdělání v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání, **pro výkon studia** v těchto případech: |
| 1. | Prognosticky závažná onemocnění omezující funkce horních nebo dolních končetin (poruchy hrubé i jemné motoriky) |
| 2. | Prognosticky závažná chronická onemocnění kůže a spojivek včetně onemocnění alergických, pokud při praktickém vyučování nelze vyloučit silné znečištění kůže nebo kontakt s alergizujícími látkami |
| 3. | Prognosticky závažná chronická onemocnění dýchacích cest a plic včetně onemocnění alergických, pokud nelze při praktickém vyučování vyloučit dráždivé a alergizující látky, činnosti ve vysoce prašném prostředí |
| 4. | Přecitlivělost na alergizující látky používané při praktickém vyučování. |
| 5. | Prognosticky závažné poruchy mechanizmu imunity. |
| 6. | Závažné duševní nemoci a poruchy chování. |
| Jmenovaný(á) je způsobilý(á) ke studiu  | Ano |  | Ne |  |
| Doplnění zdůvodnění |
|  |
| Poučení |
| Návrh na přezkoumání lékařského posudku lze podat do 10 pracovních dnů ode dne jeho předání podle § 46 odst.1 zákona č. 373/2011 Sb. |
| datum: Razítko a podpis lékaře |

|  |
| --- |
| Očkování proti hepatitidě B jsem absolvoval (a)\* |
| NE |  |  |
| ANO |  | Datum třetího přeočkování |  |

\* zaškrtněte a v případě kladné odpovědi zapište požadované datum

|  |
| --- |
| Povinnou součástí přihlášky jsou ověřené kopie vysvědčení z posledního ročníku SŠ a maturitního vysvědčení. Nemáte-li příslušná osvědčení v době podání přihlášky, můžete je odevzdat dodatečně, nejpozději však v den konání přijímacího řízení v 8:00 hodin. |
| V | Podpis uchazeče |
| dne |
| Uchazeč svým podpisem stvrzuje, že uvedené údaje jsou pravdivé |

|  |
| --- |
| Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. |