



**ŽÁDOST O PŘESTUP Z JINÉ
VYŠŠÍ ODBORNÉ ZDRAVOTNICKÉ ŠKOLY**

Jméno a příjmení žadatele	
Datum narození	
Bydliště	
Kontakty	
Telefon	E-mail
Podle ustanovení § 49 odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a § 37 Správního řádu žádám o přestup z vyšší odborné školy zdravotnické	
Název školy	
Obor	
Ročník / forma	
do Vyšší odborné školy zdravotnické Brno, p. o. se sídlem Kounicova 684/16, 602 00 Brno	
Obor	
Ročník / forma	
ke dni	
Studuji	<input type="checkbox"/> angličtinu <input type="checkbox"/> němčinu
Stručné zdůvodnění žádosti	

Dne:
podpis žadatele

Přílohy:

Potvrzení o studiu na VOŠZ/rozhodnutí o přijetí; potvrzení o zdravotním stavu

Vyjádření **vedoucí oboru:** Doporučuji vyhovět nevyhovět

Datum: *podpis*

Vyjádření **SZŘŠ:** Doporučuji vyhovět nevyhovět

Datum: *podpis*

Vyjádření **ŘŠ:** vyhovuji nevyhovuji

Datum: *podpis*