

Žadatel:

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Tel.:

E-mail:

Střední zdravotnická škola Evangelické akademie

Šimáčkova 1, 628 00 Brno-Líšeň

Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D., ředitelka

Věc: Oznámení termínu konání opravné zkoušky v oboru Ošetřovatel/ka

Oznamuji, že já (jméno a příjmení) budu vykonávat
opravnou zkoušku z
v září 2025 / prosinci 2025*

V Brně dne.....

.....

Podpis

*Nehodící se škrtněte

Poučení: Oznámení musí být doručeno řediteli školy nejpozději 1 měsíc před konáním zkoušky dle vyhlášky č. 47/2005 Sb. §5 ods. 2.