

Žádost o prodloužení zkouškového období

Jméno a příjmení studenta	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	
Studijní skupina	
Rok/období studia	

Žádám tímto o prodloužení zkouškového období z předmětů

Odůvodnění žádosti:

Datum a podpis studenta:

Vyjádření vedoucí VOŠZ: *s c h v a l u j i / n e s c h v a l u j i **

Zkouškové období prodlouženo – termín

.....

Datum: podpis vedoucí VOŠZ:

Rozhodnutí ředitelky školy: *s c h v a l u j i / n e s c h v a l u j i **

Datum: podpis ředitelky:

* nehodící se škrtněte

AGEL Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická s.r.o.
Antošovická 107/55, 711 00 Ostrava-Koblov, +420 720 967 901, info@szs.agel.cz, szs.agel.cz

Společnost zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl C, vložka 58092
IČO: 02560739
Bankovní spojení: Raiffeisenbank, a.s., číslo účtu: 5070011410/5500