

Žádost o uznání výsledků předchozího studia

Jméno a příjmení studenta	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	
Studijní skupina (na kterou se žádost vztahuje)	
Rok studia (školní rok, na který se žádost vztahuje)	

Žádám tímto o uznání výsledků z přechozího studia.

Předchozí studium:

.....

Obor vzdělání:

Datum a podpis studenta:

Soupis předmětů

Název předmětu a požadovaná forma ukončení	Výsledek z předchozího studia	Vyjádření garanta VOŠZ

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

	-	

Rozhodnutí ředitelky školy: *schvaluji* / *neschvaluji*

Datum: podpis ředitelky: