**ŽÁDOST O DOLOŽENÍ STUDIA NA VOŠ zdravotnická**

**Bílá vločka s.r.o.**

**(např. při přestupu na jinou školu)**

Jméno a příjmení: ……………………………………… Rodné příjmení: ………..………...…

Datum a místo narození: …….………………..……

Zdůvodnění:

Učební doba (rok zahájení a ukončení studia): ……………………………………..………..…

Obor vzdělávání (název, příp. kód):…………………………………………………………….

Vedoucí učitel studijní skupiny:………………………………………………………………...

Adresa žadatele:

…………………………………………………………………………………………………...

Telefon: ………………………………….. E-mail: …………………………………………...

Datum …………………………..

**Byl/a jsem poučen/a, že poskytnutí údajů je dobrovolné.**

**Podpis žadatele:**

…………………………………..

**Uděluji souhlas se zpracováním osobních dat za účelem vyhledání archivních materiálů.**