



Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická,

Mladá Boleslav, B. Němcové 482

SDĚLENÍ O ZANECHÁNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

(Dle platného školního řádu VOŠZ Mladá Boleslav v souladu s § 98, odst. 1 zákona č. 561/2004 Sb.)

Jméno a příjmení:

Dat. narození:

Studijní obor:

Ročník:

Vedoucí stud.skup.:

Sdělují tímto, že zanechávám vzdělávání ke dni:.....

Důvod (vyplní student/ka):

V Mladé Boleslavi dne: podpis studenta/ky:

Vyjádření zástupce ředitele školy pro VOŠZ (datum, podpis):

Stanovisko ředitele školy:

V Mladé Boleslavi dne: podpis, razítko: