



**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 a § 165 zákona č. 561/2004 Sb.)

**Jméno a příjmení:**

**Dat. narození:**

**Studijní obor:**

**Ročník:**

**Vedoucí stud.skup.:**

**Oznamuji vám tímto, že ke dni ..... zanechávám  
vzdělávání.**

**Důvod zanechání vzdělávání (*vyplní student/ka*):**

V Mladé Boleslavi dne: ..... podpis studenta/ky: .....

**Stanovisko ředitelky školy:**

V Mladé Boleslavi dne: ..... podpis, razítko: .....