

došlo:  
č.j.: SZSOs/ /2024  
počet l./př.:

spis. zn.: 5.1.1.  
skartační zn. a lhůta: S20  
vyřizuje: ŘŠ, SO VOŠ

|   |                 |                          |  |                              |  |
|---|-----------------|--------------------------|--|------------------------------|--|
| Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Ostrava, příspěvková organizace<br>Jeremenkova 754/2, 703 00 Ostrava                                 |                 |                          |  |                              |  |
| <b>PŘIHLÁŠKA KE VZDĚLÁVÁNÍ</b><br>Vyšší odborná škola   |                 |                          |  |                              |  |
| <b>PŘIJETÍ DO VYŠŠÍHO ROČNÍKU</b>   |                 |                          |  | (zatrhněte pouze jeden obor) |  |
| Forma vzdělávání - <b>kombinovaná</b>   |                 |                          |  |                              |  |
| Obor vzdělání: <input checked="" type="checkbox"/> 53-43-N/1. - Diplomovaný farmaceutický asistent  |                 |                          |  |                              |  |
| <b>Osobní údaje</b>   |                 |                          |  |                              |  |
| Příjmení a jméno uchazeče:  |                 | Rodné příjmení uchazeče: |  | Titul:                       |  |
| Rodné číslo:  | Datum narození: | Místo narození:          | ID Datové schránky:  | Státní občanství:            |  |
| Mobil:  | E-mail:         |                          | ZPS (změněná pracovní schopnost)<br><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |                              |  |
| Adresa trvalého pobytu (včetně směrovacího čísla a okresu):   |                 |                          |  |                              |  |
| Adresa pro doručování písemností (pokud je odlišná od adresy trvalého pobytu):  |                 |                          |  |                              |  |
| <b>Údaje o střední škole, na které byla získána maturita</b>  |                 |                          |  |                              |  |
| Název střední školy:  |                 |                          | IZO:   |                              |  |
| Adresa střední školy:   |                 |                          | Kód oboru:   |                              |  |
| Název oboru:  |                 |                          | Rok maturity:  |                              |  |
| Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s kritérii přijímacího řízení pro mnou zvolený obor.  |                 |                          |  |                              |  |
| V _____ dne _____ <b>podpis uchazeče:</b>   |                 |                          |  |                              |  |
| <b>Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a výkonu povolání</b>  |                 |                          |  |                              |  |
| Podle odst. 4 § 94 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.).<br>Vyplňuje se pouze v případě, že se jedná o obor vzdělání, pro který je tento posudek nezbytný.      |                 |                          |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> uchazeč je <b>zdravotně způsobilý</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**                          |                 |                          |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> uchazeč je <b>zdravotně způsobilý</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání <b>s podmínkou**</b> ..... |                 |                          |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> uchazeč je <b>zdravotně nezpůsobilý</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**                        |                 |                          |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> uchazeč <b>pozbyl dlouhodobě zdravotní způsobilost</b> ke vzdělávání a výkonu zdravotnického povolání příslušného oboru vzdělání**         |                 |                          |  |                              |  |
| ** zatrhněte vhodnou variantu   |                 |                          |  |                              |  |
| <b>Datum:</b>   |                 |                          | <b>Razítko a podpis lékaře</b>   |                              |  |

Uvedené údaje podléhají ochraně zejména podle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.