



**Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Šumperk, příspěvková organizace**
787 01 Šumperk, Kladská 234/2. tel: 583 213 074, fax: 583 213 673
e-mail: reditel@szssumperk.cz
www.szssumperk.cz

Jméno a příjmení studenta:
Ulice a č.p.:
PSČ a obec:
Telefon:
e-mail:

Žádost o uznání dosaženého vzdělání

Jméno, příjmení:
Datum narození:
Obor vzdělání:
Ročník: Studijní skupina:
Žádám o uznání předmětů/modulů absolvovaných předchozím studiem na VŠ/VOŠ.
Název VŠ/VOŠ:
Obor:

Název předmětu/modulu	Datum splnění	Druh zkoušky	Výsledná klasifikace	Jméno, příjmení pedagoga VOŠZ	Vyjádření pedagoga VOŠZ	Podpis pedagoga VOŠZ

Příloha:

Doložení splnění předmětu/modulu – kopie indexu, výpis ze systému VOŠ, VŠ (prokazatelné)
Vyjádření pedagoga VOŠ k uznání předmětu/modulu (viz tabulka)

Název předmětu/modulu	Datum splnění	Druh zkoušky	Výsledná klasifikace	Jméno, příjmení pedagoga VOŠZ	Vyjádření pedagoga VOŠZ	Podpis pedagoga VOŠZ

Datum:

.....
podpis studenta/studentky

Vyjádření vedoucí studijní skupiny:

- souhlasím
- nesouhlasím

.....
datum, podpis

Vyjádření ředitelky školy dne:

- žádosti se vyhovuje
- žádosti se nevyhovuje

.....
Mgr. Zuzana Gondová
ředitelka školy

Příloha:

Doložení splnění předmětu/modulu – kopie indexu, výpis ze systému VOŠ, VŠ (prokazatelné)
Vyjádření pedagoga VOŠ k uznání předmětu/modulu (viz tabulka)