**Meno a priezvisko : .................................................................................................................**

**Škola : ................................................................................ Trieda : ..................**

**Adresa bydliska : ..................................................................................................................**

 **Váž. pán riaditeľ**

 **Mgr. Peter Hrnčiar**

 **Stredná zdravotnícka škola**

 **J. Kozáčeka 4**

 **Z V O L E N**

**Zvolen, .......................................**

**Vec : Žiadosť o nahradenie zameškaných hodín z odbornej klinickej praxe**

 **v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach**

 **Žiadam riaditeľa SZŠ vo Zvolene o povolenie nahradiť z predmetu:**

**Ošetrovanie, asistencia, administratíva a zdravotnícka dokumentácia ................. hodín,**

**súvislá odborná klinická prax ................ hodín.**

**Zdôvodnenie :**

 **Podpis : ............................................**

**Vyjadrenie triedneho učiteľa :**

**Vyjadrenie riaditeľa :**