

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Nymburk,
Soudní 20

Žádost o zanechání studia

Jméno a příjmení studenta: _____

Datum narození: _____

Bydliště studenta: _____

Třída a obor _____

Ke dni _____

Důvod: _____

Číslo účtu pro případné vrácení zůstatku z fondu studenta _____

Souhlasné stanovisko studenta _____ podpis: _____

V _____ dne _____