Střední zdravotnická škola, Tábor, Mostecká 1912, PSČ 390 41

P Ř I H L Á Š K A

do akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru

SANITÁŘ

Jméno a příjmení : …………………………………………………………….

Datum narození:………………………….. Rodné číslo : …………………….

Místo narození : ………………   Státní občanství : ……………………....

Bydliště : ……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

Tel:………………………………………E-mail:…………………………..

Zaměstnavatel a jeho adresa : ………………………………………………

……………………………………………………………………………

Pracuji jako : ……………………………………………………………….

Náklady na kurz hradí : (* žadatel, * zaměstnavatel,   jiný subjekt *)

Razítko:……………………………… Podpis:……………………………..

Podpis žadatele :..

V ……………………….. dne…………………..

* zaškrtnout