# P Ř I H L Á Š K A

Přihlašuji se do akreditovaného kvalifikačního kurzu

obor **SANITÁŘ**

konaném na Střední zdravotnické škole v  Opavě.

Jméno a příjmení ……………………………… rodné příjmení ………………

Den, měsíc a rok narození ………………………………………………………………..

Místo narození ……………………………………………………………….

Rodné číslo ……………………………………………………………….

Státní občanství ……………………………………………………………….

Adresa bydliště ……………………………………… PSČ……………….

Kontaktní telefon ……………………………………………………………….

Kontaktní e-mail ………………………………………………………………

Nejvyšší ukončené vzdělání ………………………………………v roce ….…………….

Zaměstnavatel ………………………………………………………………………………..

Registrace na Úřadu práce - ANO / NE - označte

V Opavě dne ………………………….

 ………………………………..

 podpis

Vyplněnou přihlášku zašlete (nebo osobně odevzdejte) na adresu:

 Střední zdravotnická škola

 Dvořákovy sady 2

 746 21 Opava