\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*meno a priezvisko zák. zástupcu, úplná adresa, tel. číslo*

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

 V .......................... dňa ................

**Vec**

**Oznámenie o zanechaní štúdia**

 V zmysle § 39 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene

a doplnení niektorých zákonov Vám oznamujem zanechanie štúdia svojej dcéry / svojho syna ..........................................................., nar. .................................., žiaka/žiačky ................. triedy v študijnom odbore .................................. na Strednej zdravotníckej škole, Levočská 5, Poprad.

Odôvodnenie:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

 S pozdravom

 .............................................

 *podpis*