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

*meno a priezvisko žiaka, úplná adresa, tel. číslo*

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

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

**Vec**

**Žiadosť o prerušenie štúdia**

 Meno a priezvisko ...................................................., dátum narodenia .........................., trieda ................. v zmysle § 34 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vás žiadam o prerušenie štúdia od ........................................... do ............................... (najviac 3 roky).

Odôvodnenie:

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

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

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

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

 S pozdravom

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

 *podpis žiadateľa*