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

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

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

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

**Vec**

**Žiadosť o prestup**

Meno a priezvisko ......................................................., dátum narodenia ............................, v zmysle § 35 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vás žiadam o povolenie prestupu zo študijného odboru ....................................., ktorý navštevujem v škole ..................................................................... (*uviesť školu, ktorú aktuálne navštevuje*), do študijného odboru .............................................. na Strednej zdravotníckej škole, Levočská 5, Poprad.

Odôvodnenie:

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

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

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

 *podpis žiadateľa*

*Prílohy:*

*Kópia rozhodnutia o prijatí na strednú školu*

*Kópia posledného vysvedčenia*