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

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

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 01 Poprad

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

**Vec**

**Žiadosť o vykonanie komisionálnej skúšky**

Meno a priezvisko ....................................................., dátum narodenia ............................, žiak / žiačka ....................... triedy v zmysle § 56 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov, žiadam Vás o povolenie vykonať komisionálnu skúšku v školskom roku ............................. z vyučovacích predmetov ............................................. .

Odôvodnenie: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

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

 *podpis žiadateľa*