
meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa trvalého
pobytu, telefonický kontakt

Stredná zdravotnícka škola

Levočská 5

058 50 P o p r a d

V dňa

Vec

Odvolanie voči rozhodnutiu o neprijatí

Na základe Vášho rozhodnutia č. zo dňa
o neprijatí môjho syna/mojej dcéry meno,
nar. do prvého ročníka 4-ročného vzdelávacieho programu študijného odboru
5356 M zdravotnícky asistent Strednej zdravotníckej školy, Levoská 5, 058 50 Poprad
v školskom roku 2022/2023 podávam **odvolanie**.

Prosím Vás znovu prehodnotiť Vaše rozhodnutie a v prípade uvoľnenia miesta zaujať
kladné stanovisko k môjmu odvolaniu.

S pozdravom

podpis zákonného zástupcu