



SOUKROMÁ VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ MEDEA, s.r.o.

Na Chodovci 2700/54, 141 00 Praha 4, IČ: 250 52 241

tel.: 775 266 778 | info@skolamedea.cz | www.skolamedea.cz

ŽÁDOST O VYKONÁNÍ ABSOLUTORIA

VYPLŇUJE ŽADATEL

Žádost slouží pro účast na absolutoriu v opravných a náhradních termínech. V řádném termínu se počítá s účastí na základě dohody s vedoucí vyučující studijní skupiny.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

V rozsahu:

Kompletní absolutoria

Zkouška z cizího jazyka

Zkouška z odborných předmětů

Obhajoba absolventské práce

Termín absolutoria:

září

leden

červen

V Praze dne: Podpis:

VYJÁDŘENÍ POVĚŘENÉHO ZAMĚSTNANCE ŠKOLY

Žádosti: vyhovuji do nevyhovuji

Veškerá další opatření se řídí aktuálně platným Školním řádem a právním rámcem ČR.

V Praze dne: Podpis: