PRIHLÁŠKA

študijný odbor: diplomovaný optometrista

MENO A PRIEZVISKO:		
DÁTUM NARODENIA:	MIESTO:	OKRES:
NÁRODNOSŤ:	ŠTÁTNE OBČIANSTVO:	RODNÉ ČÍSLO:
BYDLISKO:		PSČ:
ČÍSLO TELEFÓNU:		FAX:
ŠKOLA, KTORÚ UCHÁDZAČ ABSOLVOVAL:		
DÁTUM MATURITNEJ SKÚŠKY:		
ZÍSKANIE SPOSOBILOSTI V ŠTUDIJNOM ODBORE:		
ZAMESTNÁVATEĽ (presná adresa)		
TELEFONNE ČÍSLO:		FAX:

CHRONOLOGICKÝ PREHĽAD PRAXE:

Pracovisko:	**Pracovné zaradenie:**

Poznámka: Uchádzač predloží overenú kópiu maturitného vysvedčenia

K prihláške doložte potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti

V ..... dňa: ....

podpis uchádzača

II. Vyplní zamestnávateľ:

SÚHLAS ZAMESTNÁVATEĽA K ŠTÚDIU UVEDENÉHO ODBORU:

V ..... Dňa: ..... Pečiatka a podpis vedúceho organizácie

PDF vytvorené pomocou súšobnej verzie pdfFactory www.pdffactory.com