 **STREDNÁ ODBORNÁ ŠKOLA AUTOMOBILOVÁ**

 **Moldavská cesta 2, 041 99 KOŠICE**

Prihláška na externú diaľkovú formu štúdia vo vybranom učebnom odbore s cieľom získania výučného listu začínajúc školským rokom 20.. /20..

|  |
| --- |
|  Základné údaje o uchádzačovi  |
| Meno  |   | Priezvisko  |   |
| Dátum narodenia  |   | Rodné číslo  |   |
| Miesto narodenia  |   | Národnosť  |   |
| Štátne občianstvo  |   | Telefón – mobil  |   |
| E- mail  |   |   |
|  Adresa trvalého pobytu  |   |
| Ulica a číslo  |   | Miesto  |   |
| PSČ  |   | Okres  |   |
| Kód a názov trojročného učebného odboru, v ktorom je uchádzač vyučený  |   |
| Kód a názov štvorročného študijného alebo gymnaziálneho odboru, v ktorom uchádzač získal maturitu,  |    |
| Kód a názov trojročného učebného odboru, do ktorého sa uchádzač hlási  |   |
| Zamestnaný uchádzač  |
| Presný názov a adresa zamestnávateľa  |   |
| Potvrdenie zamestnávateľa  | trvalý pracovný pomer, pracovný pomer na určitú dobu do................, dohoda o pracovnej činnosti do ...................., iný, t.j.: ................................................................... /nevhodný pracovný pomer prečiarknite/  |
| Pracujem v pracovnej pozícií  |   |
| Súhlas zamestnávateľa  | Zamestnávateľ umožní svojmu zamestnancovi týždenné konzultácie odborných teoretických predmetov v poobedňajších hodinách 1 krát do týždňa – spolu 6 vyučovacích hodín. V ......................................, dňa...................... ......................................................... Súhlas zamestnávateľa  |
| Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti  |
| Potvrdzujem, že uchádzač o štúdium je zdravotne spôsobilý na výkon profesie v uvedenom učebnom odbore  |
| Pečiatka lekára  |   | Podpis lekára  |   |

V Košiciach, dňa............................... ...................................................................

 podpis uchádzača