

PRIHLÁŠKA

študijný odbor: diplomovaný optometrista

MENO A PRÍEZVISKO:

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 spolu s prihláškou doloží overenú kópiu maturitného vysvedčenia alebo overenú kópiu diplomu (platí pre odbor diplomovaný očný technik)

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