

**PRIHLÁŠKA  
NA ŠTUDIJNÝ ODBOR**

**DIPLOMOVANÝ OPTOMETRISTA**

MENO A PRIEZVISKO:

DÁTUM NARODENIA:

MIESTO NARODENIA:

OKRES:

NÁRODNOSŤ:

ŠTÁTNE OBČIANSTVO:

RODNÉ ČÍSLO

BYDLISKO:

PSČ:

TELEFÓNNE ČÍSLO:

E-MAIL:

ŠKOLA, KTORÚ UCHÁDZAČ ABSOLVOVAL:

DÁTUM MATURITNEJ SKÚŠKY:

ZÍSKANIE SPOSOBILOSTI V ŠTUDIJNOM ODBORE OČNÝ OPTIK:

ODPRACOVNÉ ROKY NA POZÍCII OČNÝ OPTIK:

ZAMESTNÁVATEĽ (presná adresa)

TELEFÓNNE ČÍSLO:

E-MAIL:

**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 o štúdium

II. Vyplní zamestnávateľ:

**SÚHLAS ZAMESTNÁVATEĽA K ŠTÚDIU UVEDENÉHO ODBORU:**

V ..... dňa: .....

.....  
Pečiatka a podpis vedúceho organizácie

Čestne prehlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé.

.....  
Podpis uchádzača o štúdium