

.....
(Meno a priezvisko plnoletého žiaka , úplná adresa, telefónne číslo)

Stredná zdravotnícka škola
M. T. Schererovej v Ružomberku
Dončova 7
034 01 Ružomberok

.....
(miesto a dátum podania žiadosti)

Vec: Žiadosť o ukončenie štúdia

Žiadam o ukončenie štúdia žiačky/žiaka menom
dátum narodenia:, v školskom roku
žiaka/žiačky triedy, v odbore

Odôvodnenie:

.....
.....
.....
.....

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

Vlastnoručný podpis