

---

(Meno a priezvisko žiadateľa, adresa trvalého bydliska, telefón, e-mail)

Riaditeľstvo  
Stredná zdravotnícka škola  
Farská 23  
950 50 Nitra

Žiadosť o povolenie vykonať komisionálnu skúšku

Dolupodpísaný(á) *zákonný zástupca žiaka/žiak (meno žiaka)* .....  
....., dátum narodenia ..... z ..... triedy.  
týmto žiadam o povolenie vykonať komisionálnu skúšku z predmetu(ov):

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Dôvod: .....  
.....  
.....  
.....

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

.....  
(podpis žiadateľa)