

.....  
*/meno a priezvisko zákonného zástupcu, adresa trvalého pobytu, telefonický kontakt/*

**Stredná zdravotnícka škola**

**Lipová 32**

**066 83 Humenné**

V.....dňa.....

Vec:

**ODVOLANIE VOČI ROZHODNUTIU O NEPRIJATÍ**

Na základe Vášho rozhodnutia č. .... zo dňa .....  
o neprijatí mojej dcéry/syna .....(meno a priezvisko),  
nar.: ..... do 1. ročníka 4-ročného vzdelávacieho programu  
študijného odboru 5361 M praktická sestra Strednej zdravotníckej školy, Lipová 32, 066 83  
Humenné v školskom roku 2024/2025 podávam **odvolanie**.

Prosím Vás znovu prehodnotiť Vaše rozhodnutie a v prípade uvoľnenia miesta zaujať  
kladné stanovisko k môjmu odvolaniu.

S pozdravom

.....  
*podpis zákonného zástupcu*