

.....
/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 5356 M zdravotnícky asistent Strednej zdravotníckej školy, Lipová 32,
066 83 Humenné v školskom roku 2021/2022 podávam **odvolanie**.

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

S pozdravom

.....
podpis zákonného zástupcu