



ŽÁDOST O VYKONÁNÍ ZKOUŠKY V PŘEDTERMÍNU

VYPLŇUJE STUDENT/TŘÍDA

Jméno a příjmení/třída:

Obor: ☐ DIPLOMOVANÁ DENTÁLNÍ HYGIENISTKA

Forma studia: ☐ denní ☐ kombinovaná

Ročník: ☐ 1. ročník ☐ 2. ročník ☐ 3. ročník ☐ 4. ročník

Žádám o souhlas k vykonání zkoušky v předtermínu z předmětu:

.....

Datum zkoušky:

V Praze dne: Podpis:

VYJÁDŘENÍ ZKOUŠEJÍCÍHO

VYPLŇUJE ZKOUŠEJÍCÍ

Souhlasím s vykonáním zkoušky v předtermínu:

V Praze dne: Podpis:

VYJÁDŘENÍ POVĚŘENÉHO ZAMĚSTNANCE ŠKOLY

VYPLŇUJE ŠKOLA

Žádosti vyhovuji.

Veškerá další opatření se řídí aktuálně platným Školním řádem a právním rámcem ČR.

V Praze dne: Podpis: