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

(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*