



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.

se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Potvrzení lékaře o schopnosti studia na vysoké škole

Příjmení, jméno

uchazeče -----

Datum narození

Místo narození

Bydliště

Identifikační číslo přihlášky	
Studijní program	Porodní asistentka* Všeobecná sestra* Zdravotnický záchranář*
Forma studia	prezenční * kombinovaná*

Potvrzení lékaře:

Schopen studia na VŠ.

Datum 3. dávky Engerixu:

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře:

***nehodící se škrtněte**

S uvedeným potvrzením je nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů