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 asistence* Všeobecné ošetřovatelství* Zdravotnické záchranářství* Fyzioterapie*
Forma studia	prezenční * kombinovaná*

Potvrzení lékaře:	Schopen studia na VŠ.
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