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

(Meno a priezvisko, úplná adresa, email, telefonický kontakt)

Stredná zdravotnícka škola

M. T. Schererovej v Ružomberku

Dončova 7

034 01 Ružomberok

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

(miesto a dátum podania žiadosti)

**Vec: Žiadosť o nahrádzanie praxe**

Žiadam o povolenie nahradiť prax z predmetu ošetrovateľská starostlivosť.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti ďakujem.

S pozdravom

 *Vlastnoručný podpis*