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

(Meno a priezvisko, 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 prerušenie štúdia**

Žiadam o prerušenie štúdia žiačka/žiak ........................................................................................, dátum narodenia ..............................., v školskom roku ............................................, trieda .............., odbor ........................................... .

Dôvod: ...................................................................................................................................................

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

Za kladné vybavenie mojej žiadosti ďakujem.

S pozdravom

 *Vlastnoručný podpis*