



**STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA A VYŠŠÍ ODBORNÁ
ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ NYMBURK
Soudní 20, Nymburk 288 00**

Jméno a příjmení studenta(tky).....

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště

Studijní obor: Forma studia:.....

ŽÁDOST O SCHVÁLENÍ TÉMATU ABSOLVENTSKÉ PRÁCE

NÁZEV TÉMATU:

.....

Stručný obsah absolventské práce:.....

.....

.....

.....

V(e) dne

podpis studenta(ky).....

I. Navrhovaný vedoucí absolventské práce

Jméno a příjmení:

Souhlasím / nesouhlasím*) se jmenováním vedoucím absolventské práce

V dne.....

podpis navrhovaného vedoucího AP.....

II. Vyjádření ředitelky školy: Souhlasím / nesouhlasím*)

.....

ředitelka školy

*) Nehodící se škrtněte