|  |
| --- |
| **PŘIHLÁŠKA NA PROFESNÍ KVALIFIKACI OPTIK PRO BRÝLOVOU TECHNIKU** |
| Příjmení | Jméno | Titul | Datum narození |
|   |   |   |   |
| Rodné číslo | Místo narození | Státní občanství | Dosažené vzdělání |
|   |   |   |   |
| Adresa trvalého bydliště | PSČ | Mobil |
|   |   |   |
| Doručovací adresa (pokud je jiná než trvalá) | PSČ | E-mail |
|   |   |   |
| Pracovní zařazení, funkce | Zaměstnavatel |
|   |   |
| **Potvrzení o odborné praxi** |
| Potvrzení zaměstnavatele o délce praxe, popřípadě čestné prohlášení uchazeče. |
|   |
| Datum: |  |  | Razítko a podpis zaměstnavatele |
|   |   |   |   |   |
| **Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání v oboru Optik** |
|   |
| Datum:  |  |  | Razítko a podpis lékaře |
|   |   |   |   |   |
| **Poznámka:** K přihlášce uchazeč přiloží kopie dokladů o přechozím vzdělání, tj. vysvědčení za poslední ročník nejvyššího získaného vzdělání v ZŠ nebo SŠ, maturitní vysvědčení, výuční list nebo vysvědčení o závěrečné zkoušce, vysvědčení o státní zkoušce. |
|
|
| V |  | dne |  |  |  |
|  |   |  | podpis uchazeče  |