|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vyšší policejní škola a Střední policejní škola Ministerstva vnitra v Praze** | | | |
| Pod Táborem 102/5, 190 24 Praha 9 - Hrdlořezy | | | |
|  |  |  |
| PŘIHLÁŠKA KE STUDIU | | | |
|  |  |  |
| Obor vzdělávání (kód a název): | 68-42-N/.. Bezpečnostně právní činnost | | |
| Vzdělávací program: | Bezpečnostně právní činnost (68-42-N/04) |  |
| Forma vzdělávání: | **dálková** |  |
| Školní rok, ročník: | 2022/2023 1. ročník | | |
|  |  |  |
| Hodnostní označení, příjmení a jméno: |  | | |
| Datum a místo narození, stát: |  | | |
| Adresa trvalého pobytu: |  | Státní občanství: |
| Adresa pobytu pro zaslání pozvánky a výsledků přijímacího řízení: | Ulice, č.p.: | Telefon/e-mail: |
| Město, obec: |
| PSČ: |
| Místo služebního působiště: | KŘ P ČR: | Služební tel.: |
| Územní odbor: |
| Útvar: |
| Pracoviště: | OEČ: |
| Závazně zvolený cizí jazyk pro přijímací zkoušky a studium (**křížkem označte pouze jednu variantu)** | | | |
| □ anglický jazyk □ německý jazyk □ ruský jazyk | | | |
| V | Dne: Podpis uchazeče: | | |
| **Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání** | | | |
| Podle § 94 odst. 4 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.). | | | |
| Datum: Razítko a podpis lékaře: | | | |
| **\* Uchazeč přiloží ověřenou kopii maturitního vysvědčení. (Škola bude akceptovat i ověření signované přímým nadřízeným uchazeče)!!!** | | | |
|  | | | |
| **Vyšší policejní škola a Střední policejní škola Ministerstva vnitra v Praze**  Pod Táborem 102/5, 190 24 Praha 9 – Hrdlořezy  PŘIHLÁŠKA KE STUDIU | | | |
|  |  |  |
| Obor vzdělávání (kód a název): | 68-42-N/.. Bezpečnostně právní činnost | | |
| Vzdělávací program: | Přípravné trestní řízení (68-42-N/03) |  |
| Forma vzdělávání: | **dálková** |  |
| Školní rok, ročník: | 2022/2023 1. ročník | | |
|  |  |  |
| Hodnostní označení, příjmení a jméno: |  | | |
| Datum a místo narození, stát: |  | | |
| Adresa trvalého pobytu: |  | Státní občanství: |
| Adresa pobytu pro zaslání pozvánky a výsledků přijímacího řízení: | Ulice, č.p.: | Telefon/e-mail: |
| Město, obec: |
| PSČ: |
| Místo služebního působiště: | KŘ P ČR: | Služební tel.: |
| Územní odbor: |
| Útvar: |
| Pracoviště: | OEČ: |
| Závazně zvolený cizí jazyk pro přijímací zkoušky a studium (**křížkem označte pouze jednu variantu)** | | | |
| □ anglický jazyk □ německý jazyk □ ruský jazyk | | | |
| V | Dne: Podpis uchazeče: | | |
| **Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti ke studiu a výkonu povolání** | | | |
| Podle § 94 odst. 4 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb.). | | | |
| Datum: Razítko a podpis lékaře: | | | |
| * **Uchazeč přiloží ověřenou kopii maturitního vysvědčení. (Škola bude akceptovat i ověření signované přímým nadřízeným uchazeče)!!!** | | | |