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

Meno, priezvisko a bydlisko žiadateľa

T.

SOŠTech Galanta

Esterházyovcov 712/10

924 34 Galanta

 V Galante,.............................

 dátum

Vec

Žiadosť o zmenu formy štúdia

 Podpísaný ..................................................., žiak/žiačka , meno a priezvisko: ..................................................................................................................................., dátum narodenia ..........................................................., triedy: ................................. žiadam o umožnenie zmeny formy štúdia z dennej/diaľkovej na diaľkovú/dennú v študijnom odbore :

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

v školskom roku 2021/2022.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti Vám vopred ďakujem

 S pozdravom

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

Vyjadrenie RŠ

Riaditeľka SOŠTech v Galante **súhlasí / nesúhlasí** so zmenou formy štúdia na základe žiadosti žiaka.

V Galante, dňa:.................................... ................................................

 Podpis riaditeľky školy