Vyšší odborná škola a střední škola zdravotnická a sociální Ústí nad Orlicí

Smetanova 838

562 01 Ústí nad Orlicí

Email: szsuo@szsuo.cz

**Žádost o zpětvzetí odvolání**

Jméno a příjmení zákonného zástupce nezl. uchazeče: ……………………………………………………………………

Adresa trvalého bydliště: …………………………………………………………………………………………………………………

Jméno a příjmení uchazeče: …………………………………………………………………………………………………………….

Datum narození uchazeče: ……………………………………………………………………………………………………………….

Obor vzdělání (kód a název): …………………………………………………………………………………………………………….

Žádám o zpětvzetí odvolání na Vyšší odborné škole a střední škole zdravotnické a sociální Ústí nad Orlicí, Smetanova 838, 562 01 Ústí nad Orlicí.

V …………………………………………………. Dne ………………………………………………..

………………………………………………………………..

Podpis zákonného zástupce nezl. uchazeče