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

(Meno a priezvisko zákonného zástupcu alebo plnoletého žiaka, úplná adresa, telefonický kontakt)

Stredná zdravotnícka škola

M. T. Schererovej v Ružomberku

Dončova 7

034 01 Ružomberok

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

(miesto a dátum podania žiadosti)

**Vec: Žiadosť o úpravu podmienok maturitnej skúšky**

Žiadam o úpravu podmienok maturitnej skúšky z *(predmetu, v rozsahu času, forme MS):*

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

Na základe odporúčania *(názov a mesto centra diagnostikovania):*

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

Dôvodom úpravy podmienok maturitnej skúšky je *(názov diagnózy):*

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

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

Za kladné vybavenie žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

 *Vlastnoručný podpis*

Príloha:

- Odborný posudok k úprave maturitnej skúšky