

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

.....,

(miejscowość)

(data)

Dyrektor
Dolnośląskiej Szkoły Policealnej
Medycznej
im. Marii Skłodowskiej - Curie
we Wrocławiu

Proszę o przyjęcie do klasy pierwszej w zawodzie

(technik dentystyczny, technik elektroradiolog,

.....

technik farmaceutyczny, asystentka stomatologiczna, higienistka stomatologiczna, opiekun medyczny)

w roku szkolnym 2026/2027.

.....

(czytelny podpis kandydata/opiekuna prawnego)