**Ministerstvo, školství, mládeže a tělovýchovy**

**Odbor středního a vyššího odborného vzdělávání a institucionální výchovy**

**Karmelitská 529/5**

**118 12 Praha 1 – Malá Strana**

# Žádost o posouzení postavení studia na střední škole v cizině

# pro sociální účely a účely zdravotního pojištění

(pro účely předložení České správě sociálního zabezpečení, zdravotní pojišťovně, finančnímu úřadu apod.)

**Studující-žadatel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno:**  | **Příjmení:** |
| **Datum narození:** | **Státní příslušnost:** |
| **Adresa trvalého pobytu:** |
| **Adresa pro doručování** (je-li odlišná od adresy trvalého pobytu)**:** |
| **Telefon:** | **E-mail:** |

**Zahraniční škola**

|  |
| --- |
| **Název zahraniční školy:** |
| **Sídlo zahraniční školy:** | **Stát studia:** |
| **Datum zahájení studia (den, měsíc, rok):** |
| **Datum předpokládaného ukončení studia:** |

**Zástupce žadatele**

|  |
| --- |
| **🞎 zákonný zástupce** (je-li žadatel nezletilý) **🞎 zmocněnec**  |
| **Jméno:**  | **Příjmení:** |
| **Datum narození:** | **Datum udělení plné moci:** |
| **Adresa trvalého pobytu:** |
| **Adresa pro doručování** (je-li odlišná od adresy trvalého pobytu)**:** |
| **Telefon:** | **E-mail:** |

**Přílohy (originály nebo úředně ověřené kopie)**

|  |
| --- |
| **🞎 potvrzení vydané zahraniční střední školou**, které obsahuje název a plnou adresu zahraniční střední školy, jméno a příjmení studujícího, **formu studia, přesné datum zahájení** **(den, měsíc a rok)** a předpokládané datum ukončení studia, **s** **podpisem oprávněné osoby a razítkem školy**  |
| **🞎 učební plán vydaný zahraniční střední školou na jméno studujícího s předměty a počtem hodin výuky, s podpisem oprávněné osoby a razítkem školy** |
| **🞎 úřední překlad** **potvrzení a učebního plánu** **do českého jazyka** (není vyžadován v případě, že jsou potvrzení vydána ve slovenském, anglickém a německém jazyce) |
| **🞎 plná moc** v případě zastoupení zletilého studenta (staršího 18 let) zmocněncem, např. rodičem; v případě nezletilého studenta podává žádost zákonný zástupce nebo jeho zmocněnec |
| **Datum:** | **Podpis žadatele/zástupce:** |

**Kontakt: tel. 234 811 685, e-mail:** **studiumvcizine@msmt.cz**