Adresa:

 SOŠ OaS

 Pelhřimovská 1186/10

 026 80 Dolný Kubín

 Dolný Kubín

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

Vec

**Žiadosť o komisionálne preskúšanie**

 Žiadam Vás o komisionálne preskúšanie z predmetov: .......................................................

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

V školskom roku ...................... som žiakom/žiačkou ..................... triedy, študijný/učebný

odbor ......................................, triedny učiteľ .......................................................................

O komisionálne preskúšanie žiadam z dôvodu .....................................................................

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

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

 S pozdravom