



## NYILATKOZAT

Tanuló neve Születési neve	
Születési helye	
Születési ideje	
Anyja születési neve	
Állandó lakcíme	
Levelezési címe	
Telefonszáma	
E-mail címe	

### Gyakorlati oktatást biztosító gazdálkodó szervezet (ev., Bt., Kft., stb) adatai

Neve	
Címe	
Telefonszáma	
E-mail címe	
Gyakorlati oktatás helye	
<b>A gyakorlati oktatást végző szakember adatai</b>	
Név	
Születési hely	
Születési idő	
Gyakorlati oktatás helye	irsz. város u. hsz. e. a. megye
Telefonszáma	
Szakmai végzettsége	
Szakmunkás vizsga	szakma neve szakmai bizonyítvány száma
Mestervizsga	szakma neve bizonyítvány száma
Egyetem	

Alulírott, \_\_\_\_\_ gazdálkodó szervezet ( ev., Bt., Kft., stb, \_\_\_\_\_  
-e kijelentem, hogy a \_\_\_\_\_  
szakképesítés gyakorlati oktatását a szakmai gyakorlat teljes idejére vállalom.



# BUDAPESTI KOMPLEX SZC KÉZMŰVESIPARI SZAKGIMNÁZIUMA

Megfelelő szakmát kérjük bejelölni!

Szakképesítés neve	OKJ száma	Gyakorlati idő
<input type="checkbox"/> Fogtechnikus	54 724 02	3 év
<input type="checkbox"/> Képző- és iparművészeti munkatárs (ötvös)	54 211 11	2 év
<input type="checkbox"/> Kreatív fotográfus	54 211 13	2 év
<input type="checkbox"/> Ortopédiai műszerész	54 726 02	2 év

**Tudomásul veszem (vesszük), hogy a szakképesítés megszerzésére irányuló képzés esetén – a gyakorlati képzés**

- megszervezéséért,
- végzéséért és
- a gyakorlati oktatás feltételeinek biztosításáért

**nem kérhetek, és nem fogadhatok el költség hozzájárulást, illetve költségtérítést.**

Dátum:

\_\_\_\_\_201\_\_.

\_\_\_\_\_ aláírás

Kérjük a nyilatkozatot olvashatóan, nyomtatott nagy betűkkel töltsék ki! Ha valamelyik adat a nyilatkozat leadása után változik, kérjük, haladéktalanul jelezze intézményünk felé írásban, személyesen

Hivatkozások:

<sup>1</sup> : A személyes adatokat a személyi igazolvánnyal megegyezően kérjük kitölteni Ha ön külföldön született, akkor kérjük a születési hely mellett adja meg az országot is

<sup>2</sup> : A telefonszámokat körzetszámokkal kérjük megadni, például: 06-1-314-2651