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** |  |
| **A gyakorlati oktatást végző szakember adatai** | |
| **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.

Megfelelő szakmát kérjük bejelölni!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szakképesítés neve** | **OKJ /szakma azonosító száma** | **Gyakorlati idő** |
| 🗌 Fogtechnikus gyakornok | 54 724 01 | 2 év |
| 🗌 Fogtechnikus | 5 0911 02 01 | 3 év |
| 🗌 Ötvös, alapképzés | 54 211 06 | 2 év |
| 🗌 Ötvös – Aranyműves ráépülő képzés | 55 211 01 | 1 év |
| 🗌 Ötvös – Ezüstműves ráépülő képzés | 55 211 07 | 1 év |
| 🗌 Ötvös – Vésnök  ráépülő képzés | 55 211 08 | 1 év |
| 🗌 Képző-és Iparművészeti munkatárs/ Ötvös | 4 0213 01 | 2 év |
| 🗌 Fotográfus és fotótermék-kereskedő | 54 810 01 | 2 év |
| 🗌 Kreatív fotográfus | 5 0213 16 08 | 2 év |
| 🗌 Ortopédiai műszerész | 5 0915 03 06 | 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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:

1. : A személyes adatokat a személyi igazolvánnyal megegyezően kérjük kitölteni Ha ön külföldön született, akkor kérjük a születési hely mellett adja meg az országot is
2. : A telefonszámokat körzetszámokkal kérjük megadni, például: 06-1-314-2651