Összefüggő nyári gyakorlat

2016/2017 tanév

10. évfolyam (3 hét; 15*7 óra)

TANULÓ FOGADÓ NYILATKOZAT

(kérjük pontosan kitölteni!)

Tanuló neve:.....osztálya:……..
születési helye, ideje:.....……...
anyja neve:.....……..
lakcíme:.....……
telefon: / - Email: ……@.....
oktatási azonosító száma:…… adószáma:……..….

Szervezet neve: ……
Adószáma: ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐-☐☐
Székhelye: ☐☐☐☐ .....
Cégjegyzék szám vagy EV nyilvántartási száma:…….
Statisztikai számjele:……
Nyilvántartási szám:…….
Törvényes képviselőjének neve: ……..
Kapcsolattartójának neve:…….
Telefon: / - Email: ……@.....

Képzőhely neve: ……..
Címe: ☐☐☐☐ .....
Gyakorlati képzést felügyelő személy neve: ……...
Telefon: / - Email: ……@.....

Alulírott gazdálkodó/ gazdálkodó szervezet, hozzájárulok ahhoz, hogy a fent nevezett tanuló, a **105 órás** összefüggő szakmai gyakorlatát cégünknél teljesítse gyakorlatért felelős szakember irányításával az alábbiakban meghatározott időszakban.

A nyári gyakorlat kezdete: 2017. év ……hó …….nap

A nyári gyakorlat vége: 2017. év ……hó …….nap

201….év ..... hó ..... nap

.....

szervezet/munkáltató (aláírás, bélyegző)

Kérjük a kitöltött nyilatkozatot 2017. február 28-ig leadni az intézmény titkárságán!