**Befogadó nyilatkozat tanuló duális gyakorlati képzésére**

|  |
| --- |
| **Neve: …………………………………………………………………………………..** |

1. **TANULÓ ADATAI:**

 **Szakma száma, megnevezése*:* …………………………………………………………………………………………..**

 Évfolyam/osztály (jelenleg): ……………

Születési hely, idő: ………………………………………… év: ………………… hónap: …….………….. nap:…….

Anyja neve:…………………………………………………………………………..

Lakcím: ……………………………………………………………………………………………

Telefonszám: +36………………………………………… e-mail címe:…………......................@.................................................

**2. ISKOLA: Veszprémi SZC Jendrassik-Venesz Technikum**

Törvényes képviselőjének neve: **Szabó Zoltán - *igazgató* – email: ig@jendra.hu**

Iskola címe: **8200 Veszprém, Március 15. utca 5. T:06 88/576-530; T: iskola titkárság +36 70/641-3769**

Kapcsolattartó: **Mészáros Balázs - *gyakorlati oktatás vezető-* email: *m-balazs@jendra.hu T:+36 70/641-3831***

1. **KÉPZŐ ADATAI:**

**Alulírott: ………………………………………………………..…………………………………..........,**

 **mint gazdálkodó vállalom a jelentkező tanuló duális szakmai képzését**

Kamarai minősítéssel rendelkezem:  **igen nem**

Kamarai Nyilvántartásba vételi kérelemlefolytatását kezdeményezem *(az előző kérdés nemleges válasza esetén)*: …………

 Telefonszáma: +36…………………………………. e-mail címe: ………………......................@....................................................

Gyakorlati oktatás helye: ……………………………….………………...................................

Gyakorlati képzőhely címe: ……………………………….…………………………………............

Gyakorlati képzésért felelős személy neve: ……………………………………………………………………..

Tanuló képzésért felelős személy jogcím szerinti végzettsége *(húzza alá)*:

 **szakma mestere cím szakirányú diploma egyéb diploma+ szakirányú végzettség**

 **60.életévét betöltött szakember gyakorlati oktatói vizsga**

Tudomásul veszem, hogy a gyakorlati képzésre vonatkozó szakképzési munkaszerződés a tanuló ágazati vizsgájának eredményétől függően köthető meg a teljes képzés időtartamára. A kitöltött és aláírt nyilatkozat benyújtandó az elméleti oktatást biztosító szakképző intézménybe!

- *Javasoljuk a munkáltatók részére, hogy egy példányt másoljanak le és vegyék nyilvántartásukba!*

Dátum: ………………………………………… **P.H.** …………………………………………………….

aláírás