|  |
| --- |
| **Skierowanie**na turnus dokształcania teoretycznego młodocianych pracownikóww zakresie danego zawodu szkolnictwa branżowego I stopnia |
| do**Centrum Kształcenia Zawodowego w Świdnicy**58-105 Świdnica, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 41tel./fax. (074) 852 40 76 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | miejscowość, data |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | pieczątka szkoły/placówki kierującej |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię/imiona ucznia: |  |
| Data i miejsce urodzenia: | (dzień – miesiąc – rok) | miejscowość |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |

 |  |
| PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Zawód (nazwa i symbol cyfrowy): | nazwa zawodu | symbol |
|  |  |
| Stopień kursu (właściwy zaznaczyć **X**): | I stopień | II stopień | III stopień |
|  |  |  |
| Termin kursu (dzień – miesiąc – rok): |  |
| Dane płatnika (za zajęcia dydaktyczne) |  |
| Dane adresowe i kontaktowe ucznia i jego rodziców/prawnych opiekunów (niezbędne w organizacji kursu). |
| Adres zamieszkania ucznia: | ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miejscowość |
|  |
| Adres e-mailowy ucznia: |  |
| Imiona i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów: |  |
| Kontakt do rodziców/ prawnych opiekunów: |  |

|  |
| --- |
|  |
| pieczątka i podpis osoby kierującej |