|  |
| --- |
| **Skierowanie**  na turnus dokształcania teoretycznego młodocianych pracowników  w zakresie danego zawodu szkolnictwa branżowego I stopnia |
| do  **Centrum Kształcenia Zawodowego w Świdnicy**  58-105 Świdnica, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 41  tel./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 |