

Ügyiratszám:

Tárgy:

Hiv. szám:

6600 Szentés, Szent Imre herceg u.1.
Magyar Államkincstár 10028007-00335261-00000000
Telefon: 63/562-335
E-mail cím: zsoldos@zsoldosf.hu
OM azonosító: 203039

Melléklet:

Jelentkezési lap 2019/2020. tanév**Szakképző évfolyam****(16 éven felülieknek, középiskolai 10. osztályt végzett*, érettségizett tanulóknak)****Jelentkező neve:** _____

Már meglévő végzettsége: _____

Gépészet szakmacsoport

34 521 03 Gépi forgácsoló (2 év)

34 521 06 Hegesztő (3 vagy 2 év)

34 582 09 Központifűtés- és gázhálózat rendszerszerelő (3 vagy 2 év)

34 582 03 Épület- és szerkezetlakatos (3 év)

Építészet szakmacsoport

34 582 04 Festő, mázoló és tapétázó (3)

34 582 14 Kőműves (3)

Kereskedelem, marketing és üzleti adminisztráció szakmacsoport

34 341 01 Eladó (3)

Elektrotechnika-elektronika szakmacsoport:

34 522 04 Villanyszerelő (3 vagy 2 év)

Könnvűipar

34 542 06 Női szabó (3)

Érettségi megszerzése után választható szakmák:

54 815 01 Fodrász (2 év)

54 345 01 Gépgyártástechnológiai technikus (2 év)

54 341 01 Kereskedő (2 év)

54 815 02 Kozmetikus (2 év)

Jelentkezési lapok leadása: gazdasági iroda**Jelentkezési határidő: 2019. augusztus 23.**

*A 8 osztály elvégzéséhez kötött szakmák azon tanulók számára, akik középiskola (szakgimnázium, gimnázium) 10. osztályával vagy érettségivel rendelkeznek 2 év, amennyiben az induláshoz szükséges jogszabályban meghatározott létszám összegjén.

FONTOS! A beiratkozáshoz érvényes orvosi alkalmassági vizsgálat szükséges!!!!

A jelentkező személyi adatai

Jelentkező neve			
Születési hely		Idő	
Lakcíme			
TAJ szám		Oktatási azonosító szám	
Adószám			
Telefonszáma		Email	
Jelenlegi iskolája neve			
címe			

A szülőkre vonatkozó adatok:

Anyja neve(születési)			
Gondviselő neve			
Telefonszáma			

Kelt.: _____

osztályfőnök aláírása

jelentkező aláírása

szülő, gondviselő aláírása (18 év alatti tanulónál)

Orvosi igazolás:

A fent nevezett tanulót a jelentkezési lapon megjelölt szakmára

Alkalmasnak

Ideiglenesen alkalmasnak

Alkalmatlannak

tartom*.

Felülvizsgálat időpontja: _____

Kelt: _____

foglalkozás-egészségügyi orvos aláírása

* A megfelelő rész aláhúzendó!

FONTOS! A beiratkozáshoz érvényes orvosi alkalmassági vizsgálat szükséges!!!!