

## Kérelem bevezető ellenőrzés lebonyolítására

A gyakorlati képzés tanulószerveződés alapján történő megszervezéséhez kérem a Csongrád Megyei kereskedelmi és Iparkamarát gazdálkodó szervezetem gyakorlati képzésre való alkalmasságának elbírálására.

**A gazdálkodó szervezet neve, adószáma, statisztikai számjele, cégjegyzékszám vagy egyéni vállalkozó esetén nyilvántartási száma:**

**Székhely:**

**A cégvezetésen belül a szakképzésért felelős személy neve, elérhetősége (telefon, e-mail):**

**Az oktatott szakmára/szakmákra vonatkozó adatok**

	A képzőhely neve	A képzőhely címe	A képzőhelyen a kapcsolattartó neve, telefonszáma, e-mail címe	A szakma OKJ száma	A szakma megnevezése	Igényelt létszám (fő)
1.	HSZC Zsoldos Ferenc Szakgimnáziuma és Szakközépiskolája	6600 Szentés Szent Imre h. u. 1.	Koós Zoltán 20/2765652 koos@pollak.sulinet.hu			
2.						
3.						

A fenti táblázat megtalálható és lementhető a [www.csmkik.hu](http://www.csmkik.hu) honlapon a szakképzés menüpont alatt akkreditáció címen. Több szakma esetén lehetőség van tehát a táblázat szerkesztésére, számítógéppel történő kitöltésére.

**Dátum:**

**aláírás**

**Ph.**