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

…………………………………………………………. PESEL

(pieczęć firmowa)

**KWESTIONARIUSZ**

o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy

**Dyrektor**

Centrum Kształcenia Praktycznego w Opolu

Ul. Torowa 7, 45-073 Opole

Proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy **przygotowujący do zdania egzaminu potwierdzającego kwalifikację w zawodzie w zakresie kwalifikacji:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **BD.14** – Wykonywanie robót murarskich i tynkarskich |
|  | **BD.04** – Wykonywanie robót montażowych, okładzinowych i wykończeniowych |
|  | **EE.05** – Montaż, uruchamianie i konserwacja instalacji, maszyn i urządzeń elektrycznych |
|  | **MG.18** – Diagnozowanie i naprawa podzespołów i zespołów pojazdów samochodowych |
|  | **MG.19 –** Użytkowanie obrabiarek skrawających |
|  | **MG.20** – Wykonywanie i naprawa elementów maszyn, urządzeń i narzędzi |

(zaznacz nazwę kwalifikacji – „x”)

1. DANE OSOBOWE KANDYTATA

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ PIERWSZE** |
|  |  |
| **IMIĘ DRUGIE** | **NAZWISKO PANIEŃSKIE DLA MĘŻATEK** |

1. DATA I MIEJSCE URODZENIA

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **DD/MM/RRRR** | **MIEJSC URODZENIA** |

1. ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **MIEJSCOWOŚĆ** | | | | |
|  | | |  |  |
| **ULICA** | | | **NR DOM.** | **NR MIESZ.** |
|  | - |  | | |
| **WOJEWÓDZTWO** | **KOD** | **POCZTA** | | |

1. DANE KONTAKTOWE

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **TELEFON KOMÓRKOWY** | **ADRES E-MAIL** |

1. WYKSZTAŁCENIE

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **ETAP UKOŃCZENIA KSZTAŁCENIA W FORMACH SZKOLNYCH** |

(Należy udokumentować świadectwem ukończenia szkoły)

1. WIARYGODNOŚĆ DANYCH POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNYM PODPISEM

Opole, dnia ..................................r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis)

1. ZAŁĄCZNIKI:

* kopia świadectwa ukończenia szkoły , o której mowa w pkt.5
* zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w danej kwalifikacji

**OŚWIADCZENIA**

Działając zgodnie z art. 23 ust.1 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji, szkolnych i statystycznych.

Opole, dnia ..................................r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis kandydata)

**DECYZJA DYREKTORA CKP**

Dyrektor postanawia przyjąć/nie przyjąć Pana/Panią …………………………………………. …………………………………………………………………………………………………..

na kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji: ………………………………......

…………………………………………………………………………………………………..

Miejsce kursu: Opole

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data (podpis Dyrektora)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_