Zespół Szkół m. Związku Młodzieży Wiejskiej w Dobrzyniu nad Wisłą, ul. Szkolna 5, 87-610 Dobrzyń nad Wisłą

e-mail: zsdobrzyn@gmail.com Tel: 54 253 11 05

**Wniosek**

 **o przyjęcie na Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy**

|  |
| --- |
| DANE OSOBOWE KANDYDATA |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |  Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA/do korespondencji |
| Województwo |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  | Obwód: miasto - gmina |
| UlicaMiejsce zamieszkania |  | Nr domu/nr mieszkania |  |
| **DEKLARUJĘ CHĘĆ PODJĘCIA NAUKI na : /właściwe zaznaczyć ,,X”** |
| **KKZ w zakresie kwalifikacji** | **Nauka wybranego języka obcego** |
| **Język angielski** | **Język niemiecki** |  |
| **ROL.04.** Prowadzenie produkcji rolniczej wyodrębnionej w zawodzie **ROLNIK** |  |  |  |
| **ROL.10**.Organizacja i nadzorowanie produkcji rolniczejw zawodzie **TECHNIK ROLNIK** |  |  |  |
| **HGT.02.**Przygotowanie i wydawanie dań w zawodzie **KUCHARZ** |  |  |  |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| Telefon dom./kom.e-mail |  |
| Posiadam prawo jazdy kategorii |  |
| Poziom wykształcenia | Gimnazjalne/podstawowe, zasadnicze, technikum, liceum |

 Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem organizowania i prowadzenia kwalifikacyjnych kursów zawodowych w Zespole Szkół i znane są mi prawa i obowiązki słuchacza kwalifikacyjnego kursu zawodowego. Oświadczam, że zostałam(em) poinformowany o czasie trwania kwalifikacyjnego kursu zawodowego i planowanym terminie egzaminu zawodowego.

 ……………………………………. Data i podpis kandydata

 Do wniosku załącza się: 1.Zaświadczenie lekarskie zawierające orzeczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu, wydanego zgodnie z przepisami w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych/podstawowych.
2. Dowód osobisty lub inny dokument umożliwiający weryfikację danych osobowych (do wglądu).