

BŐRGYÓGYÁSZAT ALAPSZAKKÉPZÉS

34 hó speciális képzési program

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Telefon/fax: Mobil: Email:

Munkáltatója:

Telefon/fax: Email:

Szakgyakorlati idő kezdete (dátum):

Szakgyakorlati idő tervezett befejezése (dátum):

Letöltendő gyakorlatok:

	Helye:	Idéje:	Tutor neve/aláírása:
34 hó speciális képzés program			

A gyakorlati tematika teljesítésének folyamatos ellenőrzése és a munkabér számfejtéséhez szükséges munkavégzést igazoló adatlapok megküldése miatt – **legalább féléves időtartamban, előzetesen kérjük megküldeni** beosztott, és a tutor által ellenjegyzett szakképzési tervét Szak- és Továbbképzési Központunknak. A gyakorlatok **akkreditált képzőhelyeken** töltendőek. Jelen nyomtatvány fogadónyilatkozatként funkcionál, a leckeönyvet nem helyettesíti.