

Nr ucznia (wypełnia szkoła).....

Podanie o przyjęcie na kwalifikacyjny kurs zawodowy

Uwaga: WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy z zakresu kwalifikacji:

.....

nazwa i oznaczenie kwalifikacji

Organizowany w formie stacjonarnej*/zaocznej*

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Nazwisko /rodowe/

2. Imię (imiona)

3. Data urodzenia miejsce urodzenia

4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Imiona rodziców: ojca matki

6. Adres zamieszkania (do korespondencji): ulica: nr domu:

nr mieszkania: kod: __ - __ __, miejscowość:, gmina:

7. Numer tel.: e-mail

8. Wykształcenie:

9. Nazwa ostatnio ukończonej szkoły:

..... rok ukończenia, kierunek/zawód:

10. Dowód osobisty: seria, numer, wydany przez

lub inny dowód tożsamości: rodzaj, numer, wydany przez

10. Osoba: pracująca*/niepracująca*, zarejestrowana w Urzędzie Pracy

11. Osoba: pełnosprawna*/niepełnosprawna* (nr orzeczenia o niepełnosprawności).....

12. Czy jest*/był* Pan*/Pani* słuchaczem Centrum Kształcenia Ustawicznego Samorządu Województwa

Łódzkiego w Tomaszowie Maz.

tak*/nie*

W przypadku zakończenia rekrutacji z wynikiem pozytywnym – wyrażam zgodę na przetwarzanie przez szkołę oraz organ założycielski i organy uprawnione do nadzoru nad jednostkami oświatowymi w zakresie związanym z procesem kształcenia. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r., poz. 1182). Wyrażam na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku (oraz głosu, wypowiedzi, imienia, nazwiska, itp.) w wywiadach, audycjach telewizyjnych, radiowych, publikacjach w Internecie, akcjach i materiałach promocyjnych i/lub reklamowych realizowanych w ramach statutowych działań Centrum Kształcenia Ustawicznego Samorządu Województwa Łódzkiego w Tomaszowie Maz. Przetwarzanie wizerunku odbywać się będzie zgodnie z ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych (DZ. U. 2006 r. nr 90 poz. 631 z późn. zm.)

.....

(data i czytelny podpis)

UWAGA

Warunkiem rozpoczęcia kwalifikacyjnego kursu zawodowego jest zgłoszenie się **co najmniej 20 kandydatów**.

Przyjąłem*/Przyjęłam* do wiadomości:

.....

(data i czytelny podpis)

Załączniki:

- Świadectwo ukończenia ostatniej szkoły (oryginał).
- 1 fotografia
- Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu.
- Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (w przypadku posiadania).

*niepotrzebne skreślić

KWALIFIKACYJNE KURSY ZAWODOWE

L.p	Nazwa kwalifikacji/kursu	Oznaczenie kwalifikacji	Wybór kursu	Kwalifikacje wyodrębnione z zawodzie		Forma kształcenia
				Nazwa zawodu	Symbol cyfrowy zawodu	
1.	Prowadzenie produkcji rolniczej	R.3.		Technik rolnik	314207	s*/z*
2.	Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej	Z.4.		Opiekun medyczny	532102	s*/z*
3.	Obsługa klienta w jednostkach administracji	A.68.		Technik administracji	334306	s*/z*
4.	Montaż i konserwacja maszyn i urządzeń elektrycznych	E.7.		Technik elektryk	311303	s*/z*
5.	Planowanie i prowadzenie działalności w organizacji	A.35.		Technik ekonomista	331403	s*/z*
6.	Prowadzenie rachunkowości	A.36.		Technik rachunkowości	431103	s*/z*
7.	Organizacja i prowadzenie archiwum	A.63.		Technik archiwista	441403	s*/z*
8.	Prowadzenie sprzedaży	A.18.		Technik handlowiec	522305	s*/z*
9.	Sprzedaż produktów i usług reklamowych	A.26.		Technik organizacji reklamy	333906	s*/z*
10.	Organizowanie i monitorowanie przepływu zasobów informacji w procesie produkcji, dystrybucji i magazynowania	A.30.		Technik logistyk	333107	s*/z*
11.	Wykonywanie kompozycji florystycznych	R.26.		Florysta	343203	s*/z*
12.	Projektowanie fryzur	A.23.		Technik usług fryzjerskich	514105	s*/z*

Zakreśl X (kolumna wybór kursu) kwalifikacyjny kurs zawodowy, w którym chciałbyś/chciałabyś podjąć kształcenie

s* forma stacjonarna – co najmniej przez trzy dni w tygodniu,

z* forma zaoczna – co najmniej raz na dwa tygodnie przez dwa dni.

*niepotrzebne skreślić