**Befogadó nyilatkozat**

|  |  |
| --- | --- |
| Gazdálkodó szervezet neve: |  |
| Gazdálkodó szervezet címe: |  |
| Kapcsolattartó neve: |  |
| Kapcsolattartó telefonszáma: |  |
| Kapcsolattartó e-mail címe: |  |
| Gazdálkodó szervezet adószám: |  |
| Gazdálkodó szervezet cégjegyzékszám: |  |

**A szakmai gyakorlatra fogadott tanuló adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tanuló neve: |  |
| Születési helye és ideje: |  |
| Anyja neve: |  |
| Állandó lakhelye: |  |
| Telefonszáma / E-mail címe: |  |  |
| TAJ száma / Adószáma: |  |  |
| Összefüggő szakmai gyakorlat időszaka: |  |

Hozzájárulok ahhoz, hogy a fent nevezett tanuló a 160 órás összefüggő szakmai gyakorlatát cégünknél teljesítse az alábbi területen (osztályon), a gyakorlatért felelős szakember irányításával.

A gyakorlat helyszíne (terület, osztály): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A gyakorlatért felelős személy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Dátum: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | cégszerű aláírás |