**Befogadó nyilatkozat**

**tanuló gyakorlati képzésére**

Alulírott

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

**a 2023/2024 tanévtől vállalom**

a Pécsi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Egészségügyi Technikum és Szakképző Iskolában

tanuló szakmai képzését a képzés időtartamára.

**1. KÉPZŐ ADATAI:**

Gazdálkodó szervezet neve: …………………………………………………………………………..……….……............

Székhely címe: ………………………………………………………………….….……………………………………….…………

Gyakorlati oktatás helyének neve: ………………………………………….……………………………..…….............

Gyakorlati oktatás telephelyének címe: ………………………………………………….……………….…………..….

Gyakorlati képzésért felelős neve: ………………………………….…………………………….……………..………….

Gyakorlati képzésért felelős elérhetősége: ………………………………….…………………………..…..………….

**2. TANULÓ ADATAI:**

|  |
| --- |
| **Neve:** |

Évfolyam/osztály:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Telefonszám:

Szakma megnevezése és azonosító száma:

Dátum: …………………………………………P.h. …………………………………………………….aláírás