



**OM azonosító: 027986**

TISZK nyilvántartási szám: RT01-004/2008.  
Nyilvántartásba vételi szám: E-000029/2013  
TSZK akkreditációs szám: 9079009078

Cím: **3232 Mátrafüred, Erdész u. 11.**  
Tel.: 06-37/520-250; Fax: 06-37/520-100  
E-mail: [matraszakkepzo@freemail.hu](mailto:matraszakkepzo@freemail.hu)  
web: [www.vadas-matrafured.sulinet.hu](http://www.vadas-matrafured.sulinet.hu); [www.vmaszk.hu](http://www.vmaszk.hu)



**F15/3**

## JELENTKEZÉSI LAP

Képzés megnevezése: Fakitermelő OKJ 31 623 01

N É V:			
Születéskori név:			
Anyja neve:			
Szül. helye, év, hó, nap:			adóazonosító:
Lakcíme:			
Személyi ig. száma			TAJ szám:
Állampolgársága:	magyar	Telefonszáma	e-mail:
Munkajogi státusza a képzésbe kerüléskor <b>( jelölje X-el )</b>	- foglalkoztatott - vállalkozó, munkaadó - egyéb, éspedig:	- regisztrált munkanélküli - nem regisztrált munkanélküli	- tanulói jogviszony - hallgatói jogviszony
Munkahely neve, címe:			
A képzés finanszírozása <b>( jelölje X-el )</b>	önköltséges <input checked="" type="checkbox"/>	támogatott <input type="checkbox"/>	támogatottság mértéke .....%
Költségviselő neve: címe:			
<b>Költségviselő</b>	adóazonosító:	/ adószáma	
Legmagasabb befejezett iskolai végzettsége, szakképesítése <b>Bizonyítvány másolat beadással!!!</b>	Iskolai végzettsége:	szakképesítése:	
„B” ; „T” ; „C+E” jogosítvány <b>Jog. másolat beadással!!!</b>	-		

Kijelentem, hogy adataim a valóságnak megfelelnek, és hozzájárulok ahhoz, hogy adataimat a fenti iskola a képzéssel kapcsolatban nyilvántartsa és kezelje.

Kelt: .....

.....

alíráás

**Csatolandó (OKJ képzés esetén!): Munkaköri/szakmai orvosi alkalmassági vélemény  
A JELENTKEZÉS CSAK AZ EREDETI BIZONYÍTVÁNY BEMUTATÁSÁVAL  
– lemásolásra - ÉRVÉNYES !!!**

**SZÉCHENYI 2020**



A VM ASZK a Társadalmi Megújulás Operatív Program „Innovatív iskolák fejlesztése” konstrukció keretében TÁMOP-3.1.4-12/2-2012-0964 „A VM Kelet-magyarországi Agrár-szakképző Központ alkalmazkodóképességének és képzési minőségének fejlesztése új köznevelési, pedagógiai tartalmak és módszertanok bevezetésével” projekt kapcsán 297.847.619 Ft támogatásban részesül.

**SZÉCHENYI 2020**



**15. számú melléklet a 33/1998. (VI. 24.) NM rendelethez**

Foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely megnevezése:.....

**Szakmai alkalmassági orvosi vélemény**

A vizsgálat eredménye alapján

Név: ..... Szül. hely:..... év:..... hónap: ..... nap: .....

ügyfél

Fakitermelő szakmában

**ALKALMAS**

**IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS**

**NEM ALKALMAS\***

Nevezett szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat .... hét múlva

Kelt:.....

(P.H.)

.....

foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely orvosa

**Ezt az igazolást csak foglalkozás eü engedéllyel rendelkező orvos írhatja alá, melynek a bélyegzőn is szerepelni kell, e nélkül az alkalmassági nem érvényes!**

\* a megfelelő szöveg aláhúzendó