



POWIATOWE CENTRUM EDUKACYJNE - ZESPÓŁ SZKÓŁ
PONADGIMNAZJALNYCH
im. E. Kwiatkowskiego w Lęborku
84-300 Lębork, ul. Pionierów 16, tel. (059) 8621-667
e-mail: sekretariat@pce.lebork.pl www.pce.lebork.pl
NIP 841-13-38-696

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
NA KWALIFIKACYJNE KURSY ZAWODOWE

(wypełnić drukowanymi literami)

Wykaz kursów			
L.p.	SYMBOL KWALIFIKACJI	NAZWA KWALIFIKACJI	
1.	B.30.	Sporządzanie kosztorysów oraz przygotowanie dokumentacji przetargowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	T.15.	Organizacja żywienia i usług gastronomicznych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	E.13.	Projektowanie lokalnych sieci komputerowych i administrowanie sieciami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	A.22.	Prowadzenie działalności handlowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	B.05.	Montaż systemów suchej zabudowy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.	B.07.	Wykonywanie robót posadzkarsko-okładzinowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7.	A.50.	Organizacja i prowadzenie procesów przetwarzania drewna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8.	A.23.	Projektowanie fryzur	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9.	M.19.	Użytkowanie obrabiarek skrawających	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Nazwisko:

Imię (imiona):

PESEL:

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

Adres miejsca zamieszkania(ulica, miasto, kod pocztowy):

Data i miejsce urodzenia:

Wykształcenie: wyższe zasadnicze zawodowe
 policealne gimnazjalne
 średnie podstawowe

Dane do kontaktu:

Telefon:

E-mail:

Dane o zatrudnieniu: zatrudniony bezrobotny**Miejsce pracy:**

Dane dodatkowe kandydata		
Wielodzietność rodziny kandydata	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niepełnosprawność kandydata	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niepełnosprawność dziecka kandydata	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niepełnosprawność innej osoby bliskiej nad którą kandydat sprawuje opiekę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Samotne wychowywanie dziecka przez kandydata	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

 zaznaczyć

Spełnienie przez kandydata wymienionych kryteriów potwierdza się:

- oświadczeniem o wielodzietności rodziny,
- orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego wydanym ze względu na niepełnosprawność, orzeczeniem o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej... (Dz.U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721, z późn. zm.),
- prawomocnym wyrokiem sądu rodzinnego orzekającym rozwód lub separację lub aktem zgonu oraz oświadczeniem o samotnym wychowywaniu dziecka oraz o niewychowywaniu żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem,
- dokumentem poświadczającym objęcie dziecka pieczą zastępczą zgodnie z Ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 135, ze zm.).

.....
(miejsce, data).....
(czytelny podpis)