**Załącznik nr 3**

**Skierowanie**

na turnus dokształcania teoretycznego **ucznia - młodocianego pracownika** organizowany przez **Centrum Kształcenia Zawodowego nr 2** funkcjonujące   
**w Zespole Szkół Budowlanych i Kształcenia Ustawicznego   
w Słupsku przy ul. Królowej Jadwigi 3.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię/ imiona i nazwisko ucznia** |  | | |
| Data urodzenia |  | | |
| Miejsce urodzenia |  | | |
| Numer PESEL *(w przypadku ucznia, który nie posiada numeru PESEL - numer dokumentu potwierdzającego jego tożsamość)* |  | | |
| Adres zamieszkania |  | | |
| Adres mailowy/  telefon do ucznia |  | | |
| Nazwę i symbol cyfrowy zawodu, zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego |  | | |
| Zakres dokształcania teoretycznego  *(należy zapisać stopień I, II lub III)* |  | | |
| Nazwa pracodawcy albo szkoły kierującej ucznia na turnus dokształcania teoretycznego |  | | |
| Miejsce odbywania praktyk *(należy zapisać adres i nr kontaktowy do pracodawcy)* |  | | |
| Termin dokształcania teoretycznego |  | | |
| Imiona i nazwisko rodziców/ opiekunów ucznia |  | | |
| Rodzice/opiekunowie wyrażają zgodę na podejmowanie działań w zakresie zapewnienia zdrowia na zajęciach teoretycznej nauki zawodu. | TAK | NIE |
|  |  |
| **Telefon kontaktowy do rodzica:** |  | | |
|  |  | | |
|  | Data, podpis osoby kierującej | | |