

**JELENTKEZÉSI LAP**  
**(NYOMTATOTT NAGYBETŰVEL OLVASHATÓAN KÉRJÜK KITÖLTENI!)**

TANFOLYAM JELLEGŰ SZAKMAI KÉPZÉSRE

SZAKMAI VIZSGÁRA

A.) **A képzés megnevezése:** .....

B.) **Ha csak szakmai vizsgára jelentkezik!** egyénileg készült fel  ; vagy javító / pótvizsga   
(x-el jelölje meg!)

C.) **Személyazonosság:**

1. Név: ..... 2. Neme: Nő  Férfi

3. Születési neve: ..... 4. Állampolgársága: .....

5. Anyja neve: .....

6. Születési hely, idő: .....

7. TAJ száma: .....

8. Lakhely:  ..... Tel: .....

9. Tartózkodási hely:  ..... Tel: .....

10. E-mail cím: .....

D.) **Legmagasabb iskolai végzettség** (x-el jelölje meg!)

ált. iskola 8 oszt. kevesebb  8 ált. iskola  befejezett 10 évfolyam  szakiskola  speciális szakiskola  
 szakkunaképző iskola  befejezett szakközépiskolai 12 évfolyam  befejezett gimnázium 12 évfolyam  szakközépiskolai érettségi  
 gimnáziumi érettségi  technikai végzettség  felsőoktatási intézményben megszerzett oklevél, diploma  szakirányú felsőfokú végzettség

11. Szakmai végzettség megnevezése: .....

12. Eddigi szakképesítéseinek száma: .....

13. Igényel fémbeütő bélyegzőt? Igen  Nem  14. Fémbeütő bélyegzője száma (ha van): .....

E.) **Munkajogi státusz:**

Alkalmazott  Vállalkozó, vállalkozásban segítő családtag  Munkanélküli  
 Tanuló, fizetés nélküli gyakornok  Nyugdíjas  Munkaképtelen (rokkant)  
 GYED-en, GYES-en, GYET-en lévő  Háztartásbeli  Egyéb inaktív

F.) **A befizető/fizetési kötelezettséget vállaló fél:** (x-el jelölje meg!)

15. A képzés költségeit  a képzésben résztvevő  a képzésben résztvevő helyett más (képzést finanszírozó)

16. A képzést finanszírozó adatai (kitöltése csak abban az esetben szükséges, amennyiben nem a képzésben résztvevő lesz a fizető fél):

Név/cégnév: .....

Székhely:  .....

Képviselőjének neve, beosztása: .....

Képviselőjének telefonszáma: .....

Adószám: .....

Bankszámlaszám: .....

Ügyintéző neve, telefonszáma: ..... Tel: .....

E-mail cím: .....

17. A képzés állami, illetve uniós források terhére:  támogatott  nem támogatott

Megnevezése: .....

Támogatás összege: .....

18. Fizetés módja: (X-el jelölje meg!)  Átutalás  Készpénz

G.) **Felnőttképzést kiegészítő tevékenység:** ( X-el jelölje meg!)

	Igénybe kívánom venni	NEM kívánom igénybe venni
Előzetes tudásszintfelmérés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elhelyezkedési tanácsadás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, hitelességüket aláírással igazolom.

Dátum: .....

.....  
Cégszerű aláírás, P.H.

.....  
Jelentkező aláírása

### Adatvédelemmel kapcsolatos hozzájárulás

**IGEN** **NEM**

A Mátrai Hegesztéstechnikai és Szakképzési Kft. (továbbiakban Képző intézmény) Adatkezelési tájékoztatóját megismertem.

**Hozzájárulok**

**IGEN** **NEM**

A jelentkezési lap kitöltésével hozzájárulok, hogy a Képző intézmény a 2013. évi LXXVII. Felnőttképzési törvény (továbbiakban: Fktv) 21.§ (1) bekezdésében felsorolt személyes adataimat a tanfolyamra történő jelentkezés, illetve a képzés lebonyolítása érdekében nyilvántartja és kezelje. Tudomásul veszem, hogy a képzésen való részvétel feltétele ezen ponthoz való hozzájárulás.

Hozzájárulok, hogy a Fktv. 21.§ (1) bekezdésében felsorolt személyes adatok közül a Képző intézmény a nevemet, lakhelyemet/tartózkodási helyem (levelezési címem), e-mail címem és telefonszámomat az általam elvégzett képzést követően, illetve csak képzésre történő jelentkezés esetén 5 éven túl is nyilvántarthatja, abból a célból, hogy a Képző intézmény tájékoztatást tudjon küldeni aktuális képzéseiről, továbbképzéseiről.

Tudomásul veszem, hogy a Képző intézmény hozzájárulásom esetén addig válik jogosulttá személyi adataim nyilvántartására és kezelésére, ameddig hozzájárulásomat vissza nem vonom, illetve adataim törlését nem kezdeményezem.

.....  
Jelentkező aláírása

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

**MUNKAKÖRI/SZAKMAI\* ALKALMASSÁGI VÉLEMÉNY\*\***

A vizsgált eredmény alapján .....  
ügyfél munkakörben / szakmában \*

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM  
ALKALMAS

NEM ALKALMAS

A nevezett munkaköri/ szakmai alkalmasságát érintő korlátozás:

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

Dátum: .....

P.H.

.....  
A foglalkozás egészségügyi szakellátó orvosa

\* a megfelelő szöveget alá kell húzni

\*\* 33/1998. (VI.24) NM. rendelet 15. sz. melléklete