



Zespół Szkół Nr 1 im. Cypriana Kamila Norwida w Świdniku

ul. Okulickiego 13
21-040 Świdnik

Sekretariat tel/fax: 081 751 23 94
Dyrektor szkoły tel: 668 637 975
Księgowość tel: 81 751 23 95

.....
(imię i nazwisko uczestnika kcz)

cukiernik
(zawód)

.....
miejsowość, data

**Zaświadczenie o przyjęciu
na
praktyczną naukę zawodu
w formie zajęć praktycznych**

Zaświadcza się, że uczestnik
kwalifikacyjnego kursu zawodowego cukiernik

.....
imię i nazwisko uczestnika

zostanie przyjęty/a na praktyczną naukę zawodu w wymiarze łącznym 250h,
w tym 1)Gospodarka magazynowa w zakładzie cukierniczym- 50 h
2)Procesy produkcji wyrobów cukierniczych- 200 h
w okresie październik 2018- marzec 2019 zgodnie z harmonogramem ustalonym
między Pracodawcą a Uczestnikiem kursu

W

.....

.....

nazwa przedsiębiorstwa, adres, dane kontaktowe(mail, telefon)

.....
imię i nazwisko/stanowisko Pracodawcy/osoby upoważnionej, która podpisze umowę

Funkcję opiekuna/ instruktora praktycznej nauki zawodu będzie sprawował Pan/i

.....(imię i nazwisko)

.....
Pieczęć firmy i podpis pracodawcy
lub osoby upoważnionej
do wydawania zaświadczeń



Zespół Szkół Nr 1 im. Cypriana Kamila Norwida w Świdniku

ul. Okulickiego 13
21-040 Świdnik

Sekretariat tel/fax: 081 751 23 94
Dyrektor szkoły tel: 668 637 975
Księgowość tel: 81 751 23 95
