

PŘIHLÁŠKA DO KURZU PROFESNÍ KVALIFIKACE

| Kód profesní kvalifikace | Název profesní kvalifikace |
|--|----------------------------|
| | |
| Osobní údaje o žadateli | |
| Jméno, příp. jména | |
| Příjmení | |
| Rodné číslo | |
| Datum narození | |
| Místo narození | |
| Adresa místa trvalého pobytu (včetně poštovního směrovacího čísla) | |
| Adresa pro doručování písemností (pokud není shodná s adresou místa trvalého pobytu) | |
| E-mailová adresa | |
| Telefonní číslo | |
| Nejvyšší dosažené vzdělání | |
| Poznámky pro žadatele | |
| Vyplněnou přihlášku žadatel odešle na emailovou adresu jurasova@souobchpolicka.cz nebo na adresu školy. Při zahájení kurzu je třeba doložit potvrzení od lékaře, že je uchazeč zdravotně způsobilý k této profesní kvalifikaci. | |
| Datum a podpis žadatele | |
| Místo, datum vyplnění přihlášky a podpis žadatele | |