

JELENTKEZÉSI LAP

Képzés alapadatai	
megnevezése	
helyszíne	NÓGRÁD VÁRMEGYEI SZAKKÉPZÉSI CENTRUM MIKSZÁTH KÁLMÁN TECHNIKUM ÉS SZAKKÉPZŐ ISKOLA 2660 Balassagyarmat, Hétvezér út 26. / József Attila út 1-3. TEL: 06 35/501-190 E-MAIL: mikszath@nmszc.hu OM:203048/002 Engedélyezési szám: B/2021/002379
teljes óraszáma	
*(tervezett) első képzési napja	
*befejezésének tervezett időpontja	
Képzésre jelentkező személy személyes adatai	
családi és utóneve(i) (viselt neve)	
születési családi és utóneve(i)	
születési helye, ideje	
anyja születési családi és utóneve(i)	
taj száma	
adóazonosító száma	
*oktatási azonosító	
legmagasabb iskolai végzettsége	☐ végzettség nélkül ☐ általános iskolai végzettség ☐ középfokú végzettség és gimnáziumi érettségi (gimnázium) ☐ középfokú végzettség és középfokú szakképesítés (szakgimnázium, szakképző iskola, szakiskola) ☐ középfokú végzettség és középfokú szakképzettség (technikum) ☐ felsőfokú végzettségi szinté és felsőfokú szakképzettség (felsőoktatási intézmény) ☐ felsőoktatási szakképzés (felsőoktatási intézmény)
Képzésre jelentkező személy kapcsolattartási és egyéb adatai (Jelentkező képzésben részt vevő személy tölti ki)	
lakcíme	
levelezési címe	
elektronikus levelezési címe (e-mail címe)	
telefonszáma	
Képzésre jelentkező személy nyilatkozatai	
Szerzett szakképesítést 2020 után?	Igen Nem
Szerzett szakmát 2020 után ?	Igen Nem
Tanúsítványom kiállítását	☐ magyar (vagy) ☐ magyar-angol (vagy) ☐ magyar-német nyelven kérem.
Alulírott Képzésre jelentkező kijelentem, hogy az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatót megismertem, a kitöltött jelentkezési lap Képzőnek való átadásával/megküldésével adataim leírt célból történő kezeléséhez hozzájárulok. Adatkezelés célja: Felnőttképzési törvény hatálya alá tartozó képzésbe való bekapcsolódás Adatkezelés jogalapja: Képző jogos érdeke Adatkezelés időtartama: Jelentkezési lap kitöltésének napjától a Felnőttképzési szerződéskötés napjáig, illetve visszavonásig. Adatok köre: Jelentkezési lapon szereplő adatok köre és esetlegesen a képzéssel összefüggő adatok, amelyek a képzésben részt vevő személy szakképesítésével, szakképzettségével és idegennyelv-ismeretével, a képzésbe történő belépésével kapcsolatosak. Hozzájárulok a személyes adataim továbbításához a helyi, illetékes Egészségügyi Szakszolgálat felé a foglalkozás egészségügyi vizsgálat megszervezése céljából a képzéssel összefüggésben. Hozzájárulok, hogy a képző az újonnan induló képzésekkel összefüggésben hírlevelet küldjön részemre, amely érvényes visszavonásig. Alulírott Képzésre jelentkező büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a jelentkezési lap adatai a valóságnak megfelelnek. A képzéssel kapcsolatos teljes körű tájékoztatást megkaptam (a felnőttképzők nyilvántartásában szereplő engedélyszám, képzési tájékoztató, képzési díj, fizetési feltételek, elállási jog, ügyfélszolgálati rend, panaszkezelés, felnőttképzési tevékenységhez kapcsolódó szolgáltatások igénybevételének módja, adatkezelési információk, felnőttképző adatszolgáltatása, tanúsítvány kiállításának módja stb.).	

* kitöltése nem kötelező

Kelt: 2025.

Képzésben részt vevő aláírása

**ORVOSI ALKALMASSÁGI (FOGLALKOZÁS EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGI VIZSGÁLAT) AZ
ALÁBBI KÉPZÉSEKHEZ SZÜKSÉGES: CUKRÁSZ, SZAKÁCS, PINCÉR, KERESKEDELMİ
ÉRTÉKESİTŐ, ÉLELMISZER ELADÓ, DAJKA)**

ORVOSI VÉLEMÉNY

.....
szakmára/ szakképesítésre egészségügyi szempontból alkalmas.

....., év hó nap

.....
orvos aláírása