**ADATLAP**

**Szakképzési munkaszerződéshez (SZMSZ)**

**Szakképző intézmény adatai:** Zalaegerszegi SZC Keszthelyi Asbóth Sándor Technikum, Szakképző Iskola és Kollégium

**Oktatási azonosítója:** 203067/015

**Törvényes képviselőjének neve:** Csótár András

**Címe:** 8360 Keszthely, Gagarin utca 2-4. +3683/311-596, [suli@asboth.edu.hu](mailto:suli@asboth.edu.hu)

**Szakképesítés megnevezése, száma:** **……………………………………………………………………………………………………………….**

**A képzés munkarendje (NAPPALI / ESTI ):** Képzési idő: **2 év** Évfolyam: …………………………………….…………………….

***(A megfelelő rész aláhúzandó \*)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Duális Képzőhely adatai** | |
| Adószám: |  |
| Név: |  |
| Székhely: |  |
| Törvényes Képviselőjének neve: |  |
| Szakirányú oktatás helye, címe: |  |
| Szakirányú oktatásért felelős személy: |  |
| Telefonszáma: |  |
| E-mail címe: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanuló/képzésben részt vevő adatai** | | | |
| Név: |  | | Osztálya: |
| Oktatási azonosító: |  | | |
| Születési hely, idő: |  | | |
| Anyja születési neve: |  | | |
| Lakcím: |  | | |
| Bankszámlaszáma |  | Számlatulajdonos neve: | |
| Adóazonosító: |  | | |
| TAJ száma: |  | | |
| Telefonszáma: |  | | |
| E-mail címe: |  | | |

Aláírásommal nyilatkozok arról, hogy a ZSZC Asbóth Sándor Technikum, Szakképző Iskola és Kollégium szakmai gyakorlattal kapcsolatos Adatvédelmi és – kezelési tájékoztatóját megismertem, megértettem és tudomásul vettem.

Kelt: ………………………………, ……………….. év ………………………….. hó …………….. nap

………………………………………… …………………………………… ……………………………………….

Gazdálkodó cégszerű aláírása Tanuló aláírása Törvényes képviselő aláírása

P.H.