**KÉRELEM**

**SZAKKÉPZÉSI JOGVISZONY MEGSZÜNTETÉSÉHEZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Jelölt neve: |  |
| Alapnyilvántartási száma: |  |
| Születési helye, ideje: |  |
| Szakképzés megnevezése: |  |
| Szakképzés megkezdésének időpontja: |  |

Szakképzés megszüntetésének

oka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

időpontja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pécs,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jelölt aláírása

A szakképzési jogviszony megszüntetését támogatom:

Dátum: Dátum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grémiumvezető Dr. Forrai-Werling Márta

 igazgató

 Ph. Ph.