**KÉRELEM**

**szakváltáshoz**

|  |  |
| --- | --- |
| Jelölt neve: |  |
| Alapnyilvántartási száma: |  |
| Jelenlegi szakképzés megnevezése: |  |
| Szakképzés megkezdésének időpontja:  |  |
| Új szakképzés megnevezése: |  |
| Új szakképzés megkezdésének időpontja: |  |

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

jelölt aláírása

A szakváltást támogatom: Befogadom:

-------------------------------------- ----------------------------------------------

Grémiumvezető aláírása Grémiumvezető aláírása

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

Dr. Forrai-Werling Márta

igazgató