

Nyilvántartásba vételi kérelem duális képzőhely valamint gyakorlati oktató számára

Általános adatok

Alulírott, (név),

a(z) (gazdálkodó szervezet neve)

törvényes képviselőjeként a szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény 82. § (2) bekezdése, valamint a szakképzésről szóló törvény végrehajtásáról szóló 12/2020. (II. 7.) Korm. rendelet 245. § (1) bekezdése alapján alábbi kérelmet nyújtom be a duális képzőhely valamint gyakorlati oktató nyilvántartásába vételéhez, a Magyar Gyógyszerészi Kamara Területi Szervezetéhez.

-

A kérelem benyújtásának célja (a kérelem célját kérjük a négyzetben X-el jelölni, több is megjelölhető)

- gyakorlati képzésre jogosult szervezetek és duális képzőhelyek nyilvántartásába történő felvétel iránti kérelem
- nyilvántartásban szereplő szervezet új telephelyének nyilvántartásba vétel iránti kérelem
- gyakorlati oktató nyilvántartásba vétele iránti kérelem

A nyilvántartásba -vételi eljárás ingyenes. /Szkt. 82. § (5)/

1. A nyilvántartásba vételt kezdeményező szervezet székhelyének és a képzésben érintett telephelyének adatai

1. 1.	Szervezet adószáma:	<input type="text"/>
1. 2.	Szervezet teljes neve: (Gazdasági Társaság)	<input type="text"/>
1. 3.	Rövid neve:	<input type="text"/>
1. 4.	Cégjegyzékszám/ Egyéni vállalkozói nyilvántartási száma/Törzskönyvi nyilvántartási száma*:	<input type="text"/>
1. 5.	Statisztikai számjele:	<input type="text"/>
1.6.1.	Fő tevékenységének ágazati kódja: (TEÁOR)	<input type="text"/>
1.6.2.	Megnevezése:	<input type="text"/>

1.7. Székhely adatai:

1.7.1.	Irányítószám:	<input type="text"/>
--------	---------------	----------------------

1.7.2.	Város:	
1.7.3.	Utca, Házszám:	
1.7.4.	Székhely telefonszáma/i:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
1.7.5.	Székhely e-mail címe:	

1.8. A szervezet vezetőjének: (személyi jogos gyógyszerész):

1.8.1	Neve:	
1.8.2.	Telefonszáma:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
1.8.3.	E-mail címe:	

2. A gyakorlati képzés helyének (telephely) adatai:

2.1.	Neve:	
------	-------	--

2.2. Címe:

2.2.1.	Irányítószám:	<input type="text"/>
2.2.2.	Város:	
2.2.3.	Utca, házszám:	
2.2.4.	Telefonszáma:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
2.2.5.	E-mail címe:	

3. A gyakorlati képzésért felelős személy (gyakorlati oktató):

3.1.	Neve:	
3.2.	Alapnyilvántartási száma:	
3.3.	Beosztása:	
3.4.	Telefonszáma:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
3.5.	E-mail címe:	

4. Oktatni kívánt szakképesítések és adatai

Szakképesítés megnevezése	Szakmai azonosítószám	Oktatni kívánt tanulói létszám
Egészségügyi asszisztens – gyógyszertári asszisztens	5 0913 03 02	

5. Oktatni kívánt tanuló(k) adatai (abban az esetben kell kitölteni, ha már ismert a képezni kívánt tanuló(k) személye)

Tanuló neve:

6. A tanuló(k) elméleti képzését végző intézmény(ek) adatai

Szakképző iskola neve	Címe

7. Nyilatkozatok

- nyilatkozom, hogy az általam vezetett gyógyszertár belső minőségirányítási rendszert működtet /Szkr. 241. § (1)-(3)/
- nyilatkozom, hogy a gyógyszertár egészségvédelmi és munkavédelmi szempontból biztonságos munkahelynek minősül (Szkt. 79. §)

Dátum:, 20.... év, hónap ... nap

P.H.

.....
Szervezet törvényes képviselője