

/ pieczęć szkoły/

.....  
/miejsowość/

**Centrum Kształcenia Zawodowego  
przy Zespole Szkół Zawodowych Nr 2 w Ostrołęce  
ul. Czwartaków 4  
07-401 Ostrołęka**

## SKIEROWANIE

.....  
(nazwa i adres szkoły)

Kieruje ucznia/ uczennicę

.....  
/imiona i nazwisko ucznia/

.....  
/data i miejsce urodzenia/

PESEL .....

na czterotygodniowy turnus doksztalcania zawodowego w zawodzie

.....  
zorganizowanego na podstawie programu nauczania w okresie .....

Zakres doksztalcania obejmuje:

Lp.	Obowiązkowe zajęcia edukacyjne	Klasa			Liczba godzin w cyklu kształcenia w CKZ
		I	II	III	
Przedmioty w kształceniu zawodowym teoretycznym					
1					
4					
5					
9					
<b>Łączna liczba godzin na kształcenie zawodowe teoretyczne</b>		<b>136</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>408</b>

/ pieczęć i podpis dyrektora placówki

Otrzymują:

1. CKZ
2. Pracodawca
3. Uczeń