

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(ulica i numer domu)

.....  
(kod, miejscowość)

.....  
(telefon)

.....  
(adres e-mail)

Wrocław, dnia .....



Europejskie Centrum Kształcenia Specjalistów  
ul. Kruszwicka 8a  
53-652 Wrocław

### **PODANIE O PRZYJĘCIE NA KURS PEDAGOGICZNY DLA INSTRUKTORÓW PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU**

Proszę o przyjęcie mnie do Europejskiego Centrum Kształcenia Specjalistów we Wrocławiu na kurs pedagogiczny dla instruktorów praktycznej nauki zawodu. Niniejszym informuję, iż spełniam jeden z następujących warunków dopuszczających mnie do przyjęcia na w/w kurs:

- posiadam co najmniej tytuł mistrza w zawodzie, którego będę nauczać, lub w zawodzie wchodzącym w zakres zawodu, którego będę nauczać, lub
- posiadam świadectwo ukończenia technikum, technikum uzupełniającego lub szkoły równorzędnej albo świadectwo ukończenia szkoły policealnej lub dyplom ukończenia szkoły pomaturalnej lub policealnej i tytuł zawodowy w zawodzie pokrewnym do zawodu, którego będę nauczać, oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie, którego będę nauczać, lub
- posiadam świadectwo ukończenia liceum zawodowego i tytuł robotnika wykwalifikowanego lub równorzędny w zawodzie, którego będę nauczać, oraz co najmniej czteroletni staż pracy w tym zawodzie nabyty po uzyskaniu tytułu zawodowego, lub
- posiadam świadectwo ukończenia liceum ogólnokształcącego, liceum technicznego, liceum profilowanego, uzupełniającego liceum ogólnokształcącego, technikum i technikum uzupełniającego, kształcących w innym zawodzie niż ten, którego będę nauczać, lub średniego studium zawodowego i tytuł robotnika wykwalifikowanego lub równorzędny w zawodzie, którego będę nauczać, oraz co najmniej sześćoletni staż pracy w tym zawodzie nabyty po uzyskaniu tytułu zawodowego, lub;
- posiadam dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku (specjalności) odpowiednim dla zawodu, którego będę nauczać, oraz co najmniej trzyletni staż pracy w tym zawodzie lub dyplom ukończenia studiów wyższych na innym kierunku (specjalności) oraz co najmniej sześćoletni staż pracy w zawodzie, którego będę nauczać.

.....  
(czytelny podpis Słuchacza złożony  
w obecności pracownika ECKS)

## REGULANIN

1. Europejskie Centrum Kształcenia Specjalistów (ECKS) we Wrocławiu realizuje autorski program zatwierdzony przez zespół specjalistów ECKS dla wybranego kursu.
2. Na wybranym kursie, opłata wynosi 800zł. Opłata ta powinna zostać uiszczona przed rozpoczęciem kursu.
3. **Wpłaty za kurs należy dokonywać w sekretariacie ECKS lub przelewem na konto Credit Agricol Bank Polska S.A. Nr konta: 92 1940 1076 4875 8457 0000 0000 .Dla przelewów z zagranicy podajemy KOD BIC AGRIP LPR. Tytułem: Imię Nazwisko, adres, nazwa kursu, termin kursu**
4. Europejskie Centrum Kształcenia Specjalistów dokona zwrotu wpłat za niewykorzystane świadczenie w przypadku rezygnacji z kursu zgłoszonej w sekretariacie ECKS co najmniej na 14 dni przed rozpoczęciem kursu.
5. W przypadku odstąpienia od wykonania usługi edukacyjnej przez ECKS z powodów tkwiących po jego stronie, SŁUCHACZ ma prawo do zwrotu w wysokości wniesionej opłaty za kurs.
6. Wymagana liczba SŁUCHACZY do otwarcia kursu jest ustalana przez Dyrektora.

Oświadczam, że zapoznałam się/zapoznałem się z powyższym Regulaminem oraz ze Statutem Placówki stanowiącym integralną część niniejszego Podania i zobowiązuję się do przestrzegania zasad w nim zawartych.

.....  
(czytelny podpis Słuchacza złożony  
w obecności pracownika ECKS)

### WYCIĄG Z DOWODU OSOBISTEGO

Seria.....nr..... wydany przez .....

Pani/Pan .....

Imiona rodziców .....

ur. dn. .... roku ..... w .....woj.....

PESEL .....

Zam. w .....

.....

Stwierdzono zgodność z dowodem osobistym

.....

data i podpis pracownika

### INFORMACJE DLA CELÓW PODATKOWYCH

Proszę o wystawienie faktury VAT dla:

Nazwa firmy: .....

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miejscowość): .....

.....

Pesel: .....

NIP: .....