



**Centrum Kształcenia
Praktycznego
i Ustawicznego w Zabrze**
tel. 32 370 15 99
www.ckp.zabrze.pl
ckp@ckp.zabrze.pl



**Zespół Szkół Nr 10
w Zabrze**
tel. 32 271 11 77
www.zs10.zabrze.pl
school@zs10.zabrze.pl

**Zabrzańskie Centrum
Kształcenia Ogólnego
i Zawodowego**
tel. 32 271 27 67
www.zckoiz.zabrze.pl
zckoiz@interia.pl



Centrum Edukacji
tel. 32 271 05 53
www.ce.zabrze.pl
centrum_educacji@onet.eu



**Zespół Szkół Nr 17
w Zabrze**
tel. 32 278 55 79
www.zs17zabrze.com
sekretariat@zs17zabrze.com



ASEMKA
www.maison-saint-
etienne.com

WNIOSEK REKRUTACYJNY

Projekt „Dualne kształcenie zawodowe w postindustrialnej rzeczywistości” realizowany w ramach Akcji 1, Programu Erasmus+

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż powyżej)

Numer telefonu komórkowego

Adres e-mail

Data urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego, PESEL

Miejsce zatrudnienia, zajmowane stanowisko (proszę podać nazwę, adres i telefon), kwalifikacje zawodowe.

Czy brała/brał Pani/Pan udział w projektach unijnych? Jeżeli tak, proszę podać datę oraz rodzaj (np. IVT, PLM, VETPRO, ERASMUS+).



**Centrum Kształcenia
Praktycznego
i Ustawicznego w Zabrze**
tel. 32 370 15 99
www.ckp.zabrze.pl
ckp@ckp.zabrze.pl



**Zespół Szkół Nr 10
w Zabrze**
tel. 32 271 11 77
www.zs10.zabrze.pl
school@zs10.zabrze.pl

**Zabrzeńskie Centrum
Kształcenia Ogólnego
i Zawodowego**
tel. 32 271 27 67
www.zckoiz.zabrze.pl
zckoiz@interia.pl



Centrum Edukacji
tel. 32 271 05 53
www.ce.zabrze.pl
centrum_educacji@onet.eu



**Zespół Szkół Nr 17
w Zabrze**
tel. 32 278 55 79
www.zs17zabrze.com
sekretariat@zs17zabrze.com



ASEMKA
www.maison-saint-
etienne.com

Proszę określić poziom znajomości języków obcych (proszę zaznaczyć – X):

stopień zaawansowania	angielski	francuski	inny
brak			
podstawowy			
średniozaawansowany			
zaawansowany			
biegły			

Czy jest Pani/Pan zatrudniona/y na stanowisku bezpośrednio związanym z kształceniem zawodowym? Proszę opisać swoje najważniejsze działania związane z podnoszeniem kompetencji zawodowych.

Dlaczego chce Pani/Pan wziąć udział w szkoleniu typu JOB SHADOWING w zakresie dualnego kształcenia zawodowego?

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis kandydata