Nazwisko i imię kandydata Kraków, data ………..

…………………………………..

………………………………….

Dyrektor

Zespołu Szkół Gastronomicznych nr 2

 im. prof. Odona Bujwida w Krakowie

ul. Zamoyskiego 6

Proszę o przyjęcie mnie na kwalifikacyjny kurs zawodowy.

( wstaw x obok wybranej kwalifikacji )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbolkwalifikacji | Nazwa kwalifikacji | Pole wyboru |
| TG. 04 | Produkcja wyrobów cukierniczych |  |
| TG. 07 | Sporządzanie potraw i napojów |  |
| TG. 16 | Organizacja żywienia i usług gastronomicznych |  |
| TG. 10 | Wykonywanie usług kelnerskich |  |
| TG. 11 | Organizacja usług gastronomicznych |  |

 Podpis