

DEBRECENI VIZSGAKÖZPONT KFT.

Levelezési cím: 4033 Debrecen, Kinizsi u. 90/a Székhely: 1157 Budapest, Nyírpalota u. 57.

Telefon: +36 30-241-8999 Fax: +36 52-787-534

E-mail: vizsgakozpont@gmail.com, Honlap: <http://www.vizsgakozpontkft.hu/>, Nyilvántartási szám: E-000419/2014

KÉRELEM SZAKKÉPESÍTŐ BIZONYÍTVÁNY MÁSODLAT KIADÁSÁHOZ

A KÉRELMEZŐ ADATAI

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja neve: _____

Postázási cím (ahol a küldemény átvétele biztosított): _____

Telefonszám: _____ Mobil: _____

e-mail cím: _____

A SZAKKÉPESÍTÉS/VIZSGA ADATAI

A képző szev (ahol a tanfolyamot végezte) megnevezése: _____

A vizsgát szervező intézmény megnevezése*: _____

A szakképesítés pontos megnevezése: _____

OKJ azonosító száma*: _____

A szakképesítő vizsga helye: _____

A szakképesítő vizsga ideje: _____

A kérelem oka: _____

A *-al jelölt rész kitöltése nem kötelező!

A kérelmező aláírása

szig.szám: _____

A BIZONYÍTVÁNY MÁSODLAT ADATAI (A vizsgaszervező tölti ki!)

A bizonyítvány törzslapszáma: _____

A régi bizonyítvány száma: Sorozatjel: _____ Sorszám: _____

A bizonyítvány másodlat száma: Sorozatjel: _____ Sorszám: _____

A szakképesítés megnevezése: _____

OKJ azonosító száma: _____

A szakképesítő vizsga helye: _____

A szakképesítő vizsga ideje: _____

A szakmai vizsga elnöke: _____

**2000 Ft
értékű
okmány-
bélyeg
helye**

A teljesítés ideje, módja: _____

Szükség szerint illetékes szerv felé történő bejelentés ideje, módja:

Ügyintéző: _____