**Partnerintézményi befogadó nyilatkozat**

**Csecsemő-és kisgyermeknevelő szak: 6. félév; Óvodapedagógus szak: 6. félév;**

**Tanító szak: 8. félév; Gyógypedagógia szak 6-8. félév gyakorlataihoz.**

Alulírott …………………………………………………… a(z) …………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………PTE Partnerintézmény vezetője ezúton hozzájárulok, hogy intézményünk a Pécsi Tudományegyetem hallgatóját szakmai gyakorlatra befogadja.

Egyúttal tudomásul veszem, hogy a PTE KPVK jelen befogadó nyilatkozat beküldését követően (amennyiben a hallgató nem a munkahelyén tölti a gyakorlatát), a mentorral mentori megbízási szerződést köt.

1. **A hallgató adatai**

**név:**……………………………………………………..**neptun kód:**………………………..

**szak:**……………………..**évfolyam**:…………….**tagozat**:……………… **félév**:……………

**képzési helyszín:** ………………………………………………………………(*Szekszárd/ Pécs*)

 **elérhetőség:**……………………………………………………...……………. (telefonszám, e-mail cím)

1. **A gyakorlat adatai**

**gyakorlat megnevezése:**............................................................................................................

**kurzus kód:** ……………………………………………………………………...……………

1. **A gyakorlat helyszíne**

**intézmény neve:**………………………………………………………………………………

**címe:**………………………………………………………………………………………….

 **elérhetőség**:….……………………………………………………………….. (telefonszám, e-mail cím)

**az intézmény vezetőjének neve**: ……………………………………………………………

**a gyakorlatot irányító (mentor) neve**:……………………………………………………..

**elérhetőség:** ………………………………………..........................................(telefonszám, e-mail cím)

**kapcsolattartó neve** (ha releváns): ………………………………………..………………..

**elérhetőség:** ………………………………………..........................................(telefonszám, e-mail cím)

1. **A gyakorlat pontos időpontja:**………………………….(tól)…………………………...(ig)

Kelt: ­­­­­­­­­­­­­……………………………………

…………………………………..……

 Intézményvezető aláírása

PH

|  |
| --- |
| **SZAKFELELŐS ÁLTAL KITÖLTENDŐ (PTE KPVK)****Hozzájárulok / nem járulok hozzá**Kelt: ­­­­­­­­­­­­­……………………………………­­­­­­­­­­­­­……………………………………..Szakfelelős aláírása |

**NYILATKOZAT**

A hallgató a szakmai gyakorlatot saját munkahelyén végzi. IGEN / NEM

Kelt:……………………………………….

 ……………………………………………………

 Hallgató aláírása

**MENTORI** **ADATBEKÉRŐ**

Megbízott (neve):

Születési neve:

Állampolgársága:

Születési helye:

Születési ideje:

Anyja neve:

Oktatási azonosítója (ha van):

TAJ-száma:

Adóazonosító jele:

Állandó lakcíme:

Bank neve:

Bankszámla száma: