

USTALIK TELAFİ PROGRAMI BECERİ SINAVI BAŞVURU FORMU
İSKENDERUN SAHİL MESLEKİ VE TEKİK ANADOLU LİSESİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Okulunuz bünyesinde açılacak olan Ustalık Telafi Programı (27 Haftalık, 6 Aylık)
Ağustos dönemi ustalık/kalfalık beceri sınavına katılmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Tarih:...../...../.....

İmza

T.C. Kimlik No :
Adı-Soyadı :
Tel No :
Doğum Tarihi :
Adresi :