

.....  
pieczęć zakładu pracy

.....  
miejsowość, data

Wyrażam zgodę na nieodpłatne prowadzenie zajęć praktycznych/ praktyki zawodowej ze słuchaczem ..... Medyczo-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu, w roku szkolnym: .....  
Kierunek kształcenia: ..... Rok nauki: .....

Zobowiązuję się do realizacji zajęć zgodnie z Programem nauczania dla zawodu

Zajęcia praktyczne semestr ..... łącznie godzin . .....

Zajęcia praktyczne semestr ..... łącznie godzin . .....

Praktyka zawodowa semestr...:..... łącznie godzin . .....

Praktyka zawodowa semestr...:..... łącznie godzin . .....

.....  
czytelny podpis osoby prowadzącej zajęcia

.....  
pieczęć i podpis kierownika  
jednostki przyjmującej