

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
miejsowość, data

Wyrażam zgodę na nieodpłatne prowadzenie zajęć praktycznych/ praktyki zawodowej z uczniem 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 ilość godzin Łącznie

Zajęcia praktyczne: semestr ilość godzin Łącznie

Praktyka zawodowa: semestr ilość godzin Łącznie

Praktyka zawodowa: semestr ilość godzin Łącznie

.....
czytelny podpis osoby prowadzącej zajęcia

.....
pieczęć i podpis kierownika
jednostki przyjmującej