

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
miejsce, 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 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

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
miejsce, 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 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