

Słuchacz:
.....

Data

Kierunek kształcenia:
.....

Semestr:
.....

Adrianna Szyperska-Ślaska
Dyrektor
Medyczno-Społecznego Centrum
Kształcenia Zawodowego
i Ustawicznego w Toruniu
ul. Św. Jana 1/3

WYRAŻENIE ZGODY NA REALIZACJĘ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na realizację praktyki zawodowej w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania szkoły w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W trakcie odbywania praktyki zawodowej zobowiązuję się przestrzegać przepisów dotyczących ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii oraz przepisów w zakładzie pracy.

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczególnych rozwiązań w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U.2020.poz.781.)

Podpis słuchacza

*właściwe podkreślić