

.....
czytelna pieczęć zakładu pracy

.....
data, miejscowość

Zgoda pracodawcy na realizację praktycznej nauki zawodu

Wyrażam zgodę na nieodpłatną realizację praktyki zawodowej przez słuchacza Szkoły Policealnej Medycznej im. M. Kopernika wchodzącej w skład Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie opiekun medyczny. Zobowiązuję się do realizacji zajęć zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie opiekun medyczny, symbol 535102. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie: (MED.14). MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

.....
pieczęć, czytelny podpis pracodawcy

.....
czytelny podpis osoby
odpowiedzialnej za zajęcia