

.....  
czytelna pieczęć zakładu pracy

.....  
data, miejscowość

### **Zgoda pracodawcy na realizację praktycznej nauki zawodu**

Wyrażam zgodę na nieodpłatną realizację praktyki zawodowej przez ..... słuchacza Medyczo-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie technik farmaceutyczny.

Zobowiązuję się do realizacji zajęć zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie technik farmaceutyczny, symbol 321301. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie: (MED.09). Sporządzanie i wytwarzanie produktów leczniczych oraz prowadzenie obrotu produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, suplementami diety i środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz innymi produktami dopuszczonymi do obrotu w aptece na podstawie przepisów prawa.

.....  
pieczęć, czytelny podpis  
właściciela zakładu

.....  
pieczęć, czytelny podpis osoby  
odpowiedzialnej za realizację zajęć