

.....
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 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.03). Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

.....
pieczęć, czytelny podpis pracodawcy

.....
czytelny podpis osoby
sprawującej nadzór nad słuchaczami