

.....
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 kształącego 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