

.....  
czytelna pieczęć zakładu pracy

.....  
data, miejscowość

### **Zgoda na odbycie praktyki zawodowej**

Wyrażam zgodę na nieodpłatne odbycie praktyki zawodowej przez

.....

(imię i nazwisko słuchacza, rok nauki)

Szkoły Policealnej Medycznej im. Mikołaja Kopernika wchodzącej w skład Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie higienistka stomatologiczna zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie higienistka stomatologiczna, symbol cyfrowy 325102. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie: MED.02 Wykonywanie świadczeń stomatologicznych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia jamy ustnej oraz współuczestniczenie w procesie leczenia.

.....  
czytelny podpis, tytuł i funkcja  
przedstawiciela zakładu

.....  
czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę