

.....  
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 opiekun medyczny zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie opiekun medyczny, symbol cyfrowy 535102. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie: MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

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

.....  
czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę