

.....
czytelna pieczęć zakładu pracy

.....
data, miejscowość

Zgoda na odbycie praktyki zawodowej

Wyrażam zgodę na nieodpłatne odbycie praktyki zawodowej przez słuchacza

.....
(imię i nazwisko, rok nauki)

Szkoły Policealnej Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Toruniu wchodzącej w skład Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie technik elektroradiolog, symbol cyfrowy 321103. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie : MED.08. Świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki obrazowej, elektromedycznej i radioterapii.

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

.....
czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę