

.....
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 farmaceutyczny zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie technik farmaceutyczny, symbol cyfrowy 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.

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

.....
czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę