

.....
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 Medyczo-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie technik masażysta zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie technik masażysta, symbol 325402. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie: MED.10. Świadczenie usług w zakresie masażu.

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

.....
czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę