

.....
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 wchodzącej w skład Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie technik usług kosmetycznych zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie technik usług kosmetycznych, symbol cyfrowy 514207. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie: (FRK.04.) Wykonywanie zabiegów kosmetycznych.

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

.....
czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę