

.....  
czytelna pieczęć zakładu pracy

.....  
data, miejscowość

### **Zgoda pracodawcy na realizację praktycznej nauki zawodu**

Wyrażam zgodę na nieodpłatną realizację praktyki zawodowej przez ..... słuchacza Medyczo-Społecznego Centrum Kształcenia zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie technik sterylizacji medycznej.

Zobowiązuję się do realizacji zajęć zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie technik sterylizacji medycznej, symbol 321104. Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie MED.12. Wykonywanie dekontaminacji sprzętu i wyrobów medycznych: kwalifikowania sprzętu i wyrobów medycznych do procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji; przeprowadzania mycia, dezynfekcji i sterylizacji przy użyciu odpowiednich metod, środków i urządzeń; przeprowadzania kontroli procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji; prowadzenia dokumentacji mycia, dezynfekcji i sterylizacji.

.....  
pieczęć, czytelny podpis  
właściciela zakładu

.....  
pieczęć, czytelny podpis  
osoby realizującej zajęcia