



**Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego
„Medyk”
ul. Wazów 44, 65-044 Zielona Góra**

tel./fax 068 327-13-25, 068 325 31 84,
NIP 973-10-32-232, Regon 364979499,
www.medyk.zgora.pl, e-mail msz@medyk.zgora.pl

SKIEROWANIE

(proszę o wyraźne i dokładne wypełnienie dokumentu)

Kierujemy Panią / Pana

Sluchaczkę/ Sluchacza Oddziału

Rok

na zajęcia praktyczne / praktykę zawodową z zakresu

do placówki

(nazwa placówki)

.....
(adres placówki, telefon)

reprezentowanej przez

(dyrektor, właściciel, prezes – upoważnieni do podpisania umowy)

W terminie

**Informujemy, że za okres zajęć praktycznych i praktyki zawodowej słuchacze nie pobierają
wynagrodzenia i ekwiwalentu.**

Sluchacze są ubezpieczeni oraz posiadają aktualne badania sanitarno – epidemiologiczne.

WYRAŻENIE ZGODY

Placówka

(nazwa placówki, adres – pieczętka)

wyraża zgodę na przyjęcie słuchaczki / -a

(imię i nazwisko)

na zajęcia praktyczne / praktykę zawodową.

Opiekunem praktyk z ramienia Zakładu będzie

Pani / Pan

posiadająca / -y wykształcenie

**Podpis Dyrektora Placówki
pieczętka**