

Wschowa,20..... r.

ZGODA NA PRZYJĘCIE UCZNIĄ/UCZNIÓW NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

| |
|---|
| Wypełnia pracodawca |
| Pełna nazwa i adres zakładu pracy lub pieczętka |

Dyrekcja I Zespołu Szkół im. Stanisława Staszica we Wschowie zwraca się z uprzejmą prośbą o umożliwienie odbycia praktyki zawodowej uczniom technikum w roku szkolnym Ramowy program praktyki w załączniku. Stopień realizacji programu jest związany ze specyfiką zakładu pracy.

| Kierunek | Klasa | Czas trwania praktyki | Termin | Ilość uczniów |
|----------|-------|-----------------------|--------|---------------------------------|
| ----- | ----- | ----- | ----- | (uzupełnia pracodawca) |

Z poważaniem

Dyrektor I ZS we Wschowie

| ZGODA (proszę zaznaczyć V) | | Imię i nazwisko ucznia/uczniów (wypełnia pracodawca) |
|-------------------------------|-----|---|
| TAK | NIE | |
| | | |

Proszę o podanie następujących informacji:

- ✓ Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy z Państwa strony

- ✓ Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna praktykantów

- ✓ e-mail i nr telefonu do osoby kontaktowej w sprawie praktyk
