



*Zespół Szkół Nr 1 im. Cypriana Kamila Norwida w Świdniku*

ul. Okulickiego 13  
21-040 Świdnik

Sekretariat tel/fax: 081 751 23 94  
Dyrektor szkoły tel: 668 637 975  
Księgowość tel: 81 751 23 95

.....  
(imię i nazwisko uczestnika kcz)

cukiernik  
(zawód)

Świdnik, dnia .....

miejsowość, data

**Dyrektor Zespołu Szkół Nr 1  
im. C. K. Norwida w Świdniku**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie zajęć praktycznych poza miejscowością, w której znajduje się siedziba szkoły oraz poza miejscowością mojego zamieszkania, tj. w

.....  
.....  
.....

(nazwa zakładu pracy/adres).

Informuję, że samodzielnie będę pokrywał/a koszty dojazdów na zajęcia praktyczne.

Z poważaniem

.....  
Czytelny podpis uczestnika kursu