................................. …………………

(imię i nazwisko ucznia/uczestnika kkz)

miejscowość, data

Opiekun medyczny

 (zawód)

Zaświadczenie o przyjęciu na

praktyczną naukę zawodu

Zaświadcza się, że uczeń/uczestnik kkz

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

imię i nazwisko

zostanie przyjęty/a na praktyczną naukę zawodu

w ................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

nazwa przedsiębiorstwa, adres, mail, telefon

……………………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko/stanowisko Pracodawcy/osoby upoważnionej, która podpisze umowę

w roku szkolnym 2019/2020.

Funkcję opiekuna/ instruktora praktycznej nauki zawodu będzie sprawował Pan/i ………………………………………………(imię i nazwisko)

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

 Pieczątka firmy i podpis pracodawcy lub osoby

upoważnionej przez pracodawcę

do wydawania

zaświadczeń