................................. Świdnik, dnia …………..

(imię i nazwisko uczestnika kkz)

miejscowość, data

opiekun medyczny

(zawód)

**Dyrektor Zespołu Szkół Nr 1**

**im. C. K. Norwida w Świdniku**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie zajęć praktycznych i praktyk zawodowych 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 i praktykę zawodową.

Z poważaniem

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

Czytelny podpis uczestnika kursu