



# WSCKZiU

Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego w Rawiczu

## Dane Ucznia:

miejsowość, data.....

Imię: .....

Nazwisko:.....

Nr telefonu:.....

Adres e-mail:.....

Wydział/semestr.....

Do .....  
(imię i nazwisko oraz tytuł Dyrektora/Kierownika/Właściciela)

.....  
(nazwa i adres jednostki)

## ZGODA

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie odbywania zajęć w ramach przedmiotu: **PRAKTYKA ZAWODOWA** w okresie od .....do..... w wymiarze.....godzin bez roszczeń finansowych wobec Wielkopolskiego Samorządowego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Rawiczu. Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby oraz wskazanie osoby, która będzie nadzorowała moją praktykę. Całą dokumentację dotyczącą praktyk wraz z programem prześle szkoła po pozytywnym rozpatrzeniu prośby.

Z poważaniem

.....  
Podpis słuchacza

Wyrażam zgodę:

.....  
(Pieczęć i podpis Dyrektora/Kierownika/Właściciela)

.....  
Imię i nazwisko, tel. kontaktowy, stanowisko osoby odpowiedzialnej za słuchacza