ZESPÓŁ SZKÓŁ AKADEMICKICH W ŁOMŻY
18-402 Łomża, ul. Studencka 19
+48 86 215 02 49
e-mail: asp@wsa.edu.pl
www.zsa.wsa.edu.pl

.....
Miejscowość i data

ZGODA NA ODBYCIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Ja niżej podpisany, wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej w zawodzie technik informatyk [351203] z chowaniem obostrzeń sanitarnych i wdrożeniem wszelkich środków ochronnych na terenie zakładu pracy wynikających z panującej obecnie pandemii Covid-19, **z**godnie z rozporządzeniem MEN w sprawie szczególnych rozwiązań w okresie czasowego graniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z dnia 14 maja 2020.

.....

Imię i nazwisko ucznia

w terminie: **.....**

w

.....

(nazwa zakładu pracy)

.....

(adres zakładu pracy)

.....
(podpis ucznia)