**Zgoda na odbycie stażu (150 godz.)**

**przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ucznia klasy \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Technikum nr 3 w Zespole Szkół Ogólnokształcących i Zawodowych**

**im. mjra Henryka Sucharskiego w Bolesławcu**

**w zawodzie technik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**w okresie od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. ( \_\_\_ tygodnie)**

**(Podane poniżej dane będą wykorzystane do sporządzenia umowy)** *Proszę uzupełnić czytelnie drukowanymi literami*

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa pracodawcy lub **czytelna** pieczęć firmową |  |
| Adres pracodawcy**siedziby firmy** |  |
| Adres pracodawcy**do korespondencji****(wpisać jeśli inny niż adres siedziby pracodawcy)** |  |
| Funkcja osoby reprezentującej pracodawcę |  🖵 Dyrektor 🖵 Prezes inna funkcja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Imię i nazwisko osoby reprezentującej pracodawcę **(podpisującej umowę)** | Pani / Pan |
| Imię i nazwisko opiekuna praktykanta | Pani / Pan |
| Pracodawca - **nazwa miejsca** **odbywania praktyki** **(wpisać jeśli inny niż adres siedziby pracodawcy)**(np. Hotel „Jemioła”) |  |
| Adres miejsca odbywania praktyki**(wpisać jeśli inny niż adres siedziby pracodawcy)** |  |
| Telefon do pracodawcy/opiekuna praktykanta(kontakt w sprawie praktyki) |  |
| E-mail pracodawcy / opiekuna praktykanta(kontakt w sprawie praktyki) |  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***(pieczęć i podpis)***