** Mińsk Mazowiecki…………………………………………**

**……………………………………………………………..**

**Imię i nazwisko**

**………………………………………………………………**

**Adres**

**………………………………………………………………**

**Telefon**

**Kierownik**

**Szkolenia Praktycznego**

**Medycznej Szkoły Policealnej**

**W Mińsku Mazowieckim**

**Wniosek o sporządzenie indywidualnej umowy o praktyczną naukę zawodu**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………**

**podpis**