



Załącznik nr 5

do Regulaminu rekrutacji w Projekcie Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego WSKZiU Konin.

**ZGODA PRACODAWCY NA UCZESTNICTWO PRACOWNIKA
W KURSACH/SZKOLENIACH**

.....
(pieczęć instytucji)

..... 2019 r.
(miejsowość, data)

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani
(imię i nazwisko)

legitymujący/legitymująca się dowodem osobistym
(seria i numer dowodu osobistego)

jest pracownikiem Wielkopolskiego Samorządowego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Koninie

na stanowisku:

Jednocześnie wyrażam zgodę na uczestnictwo pracownika

w kursie/szkoleniu doskonalącym oraz oświadczam, że potrzeby stanowiska pracy i zakres obowiązków wymagają uzupełnienia wiedzy i umiejętności w zakresie wybranego kursu/ szkolenia :

.....

.....
Pieczęć i podpis Dyrektora