

Befogadó nyilatkozat

Alulírott intézményvezető hozzájárulok ahhoz, hogy

IV. évfolyamos nappali/levelező tagozatos TANÍTÓ szakos főiskolai hallgató összefüggő komplex szakmai gyakorlatát (8 hét) intézményünkben teljesítse.

Intézmény neve:

.....

Intézmény pontos címe:

.....

Intézményvezető neve (nyomatott betűkkel):

Elérhetőségei (telefon, e-mail):

.....

1. Mentor neve (nyomatott betűkkel):

Elérhetőségei (telefon, e-mail):

.....

2. Mentor neve:

Elérhetőségei (telefon, e-mail):

.....

3. Mentor neve:

Elérhetőségei (telefon, e-mail):

.....

Kelt:

Ph.

.....

Igazgató