
назва підприємства

Згода на забезпечення навчання на робочому місці (за дуальною формою освіти)

Студента _____

Рівень вищої освіти _____

Спеціальності _____

ОПП _____

Курсу (року навчання) _____ Групи _____

який працевлаштований на посаду _____ з _____ 20__ р. на умовах (повного/неповного робочого дня – вказати частину ставки).

Від підприємства буде призначено:

Функції	ПІБ	Посада, тел.	Погоджено
Координатором дуальної освіти			
Наставником за предметним напрямом			

Дата

Підпис та печатка