Miskolci Egyetem Ferenczi Sándor Egészségügyi Technikum

3529 Miskolc, Szigethy Mihály u. 8. Ikt.:

**Baranyiné Jászfalvi Marianna**

Intézményvezető részére

**NYILATKOZAT**

Alulírott, ......................................................................................................................... vezetője nyilatkozom, hogy a ....................... tanévben ..................................................................... nevű ........................ osztályos tanulót a középiskolások részére előírt közösségi munka teljesítésére fogadni tudom.

Végezhető tevékenységi forma:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Kelt ..............................................................

ph .........................................................

 aláírás

 Elérhetőség: