Imię i nazwisko ………………………………………….

Nr albumu………………………………………………..

Kierunek, rok studiów ………………………………….

Studia stacjonarne/niestacjonarne\*,

I /II stopnia/jednolite magisterskie\*

(\*niepotrzebne skreślić)

**O Ś W I A D C Z E N IE**

W związku z indywidualną organizacją praktyki studenckiej i otrzymaniem z Dziekanatu **Porozumienia o prowadzenie studenckich praktyk zawodowych** potwierdzam, że zostałem poinformowany
o obowiązku:

1. posiadania ubezpieczenia OC,
2. posiadania zdolności do wykonywania pracy w ramach praktyki (aktualne badania lekarskie, zaszczepienie p/wzw typu B),
3. zapoznania się z treścią niniejszego porozumienia.

Bydgoszcz, dnia …………………………. ………………………………………

 (podpis studenta)