Imię i nazwisko ………………………………………….

Kierunek, rok studiów …………………………………...

**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)