Imię i nazwisko ………………………………………….

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

**O Ś W I A D C Z E N IE**

W związku z organizacją praktyki studenckiej i zawarciem **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),

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

 (podpis studenta)