*Załącznik nr 6 do Regulaminu odbywania i zaliczania praktyk zawodowych dla kierunku Kosmetologia*

Imię i nazwisko ………………………………………….

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

**O Ś W I A D C Z E N I E**

W związku z organizacją praktyki studenckiej i zawarciem **Porozumienia o prowadzenie studenckich praktyk zawodowych** potwierdzam, że:

1. Zostałam/-em poinformowany o obowiązku:
	1. posiadania ubezpieczenia OC,
	2. posiadania zdolności do wykonywania pracy w ramach praktyki (aktualne badania lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych, zaszczepienie p/wzw typu B).
2. Zapoznałam/-em się z regulaminem odbywania i zaliczania praktyk zawodowych dla kierunku Kosmetologia, zasadmi, organizacją i programem praktyk zawodowych.
3. Zostałam/em poinformowany o konieczności przestrzegania przepisów prawnych obowiązujących w miejscu odbywania praktyki zawodowej, w tym m.in.: przepisów regulaminu pracy; dyscypliny pracy, BHP i ppoż, przepisów o ochronie danych osobowych.
4. Zapozanłam/-em się z treścią porozumienia pomiędzy Uczelnią a Organizotorem praktyki zawodowej.

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

  *(podpis Studenta)*