

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:
  - a. posiadania ubezpieczenia OC,
  - b. 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. Zapoznałam/-em się z treścią porozumienia pomiędzy Uczelnią a Organizatorem praktyki zawodowej.

Bydgoszcz, dnia .....

.....  
(podpis Studenta)