

Opole, dnia.....

.....
IMIĘ NAZWISKO

.....
ADRES ZAMIESZKANIA

.....
KIERUNEK, STOPIEŃ, FORMA STUDIÓW

.....
NR ALBUMU

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na odbycie praktyki zawodowej realizowanej w ramach studiów stacjonarnych/niestacjonarnych na kierunku Dietetyka i jakość żywności na Politechnice Opolskiej.

Ponadto oświadczam, że:

- 1) Nie występują u mnie żadne przeciwwskazania zdrowotne, które uniemożliwiłyby zrealizowanie praktyki zawodowej;
- 2) Jestem pod standardową kontrolą lekarską i na chwilę obecną nie zdiagnozowano u mnie żadnych chorób, które wykluczyłyby możliwość odbycia praktyk zawodowych.

Przeczytałem/am i zrozumiałem/am.

.....
czytelny podpis