

Opole, dnia.....

.....
IMIĘ NAZWISKO

.....
ADRES ZAMIESZKANIA

.....
KIERUNEK, STOPIEŃ, FORMA STUDIÓW

.....
NR ALBUMU

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że jestem świadomy/świadoma możliwości występowania zagrożeń i niebezpieczeństw na stanowisku pracy w miejscu odbywania praktyk zawodowych, które realizowane są w ramach studiów stacjonarnych/niestacjonarnych na kierunku Dietetyka i jakość żywności na Politechnice Opolskiej. W związku z tym dochowam należytej staranności w wykonywaniu powierzonych mi zadań, a także będę przestrzegać zasad przeciwpożarowych i BHP obowiązujących w zakładzie.

Przeczytałem/am i zrozumiałem/am.

.....
czytelny podpis