

.....  
miejscowość, data

.....  
nazwisko i imię studenta/słuchacza\*

.....  
nr telefonu oraz e-mail

.....  
miejsce stałego zamieszkania

.....  
rok nauki/kierunek/wydział

.....  
Dokładna nazwa uczelni

### OŚWIADCZENIE

Uczelnia/Szkoła\* oświadcza, że wyżej wymieniony student/słuchacz\* skierowany do odbywania praktyk:

1) Posiada aktualne na czas odbywania praktyk ubezpieczenie w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej,

2) Posiada zdolność do wykonywania pracy w ramach praktyki, tj. posiada aktualne na okres odbywania praktyk:

- zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach praktyk wydane przez lekarza medycyny pracy,

- orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych wydane przez lekarza medycyny pracy

- jest szczepiony przeciw WZW typu B i posiada dowód tego szczepienia

3) Zapoznał się z treścią Umowy dotyczącej praktyk zawartej pomiędzy Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. a .....

.....  
(nazwa jednostki kierującej na praktyki)

.....  
Uczelnia/Szkoła\* (Kierujący na praktyki)

.....  
(czytelny podpis studenta/słuchacza)

\*niepotrzebne skreślić