



## OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ LEKARSKICH

Dotyczy projektu: **Europejskie praktyki szansą lepszej pracy**  
NR -2017-1-PL01-KA102-037607

Finansowanego przez Unię Europejską w ramach projektu ***Ponadnarodowa mobilność uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*** finansowanego z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

- ✓ Oświadczam,  **iż mogę podróżować samolotem i nie mam przeciwwskazań lekarskich** do pracy w firmie na stanowisku (zaznaczyć właściwe) technika architektury krajobrazu/technika budownictwa/technika urządzeń i systemów energetyki odnawialnej/technika geodety

**Choroby przewlekłe kandydata(tki)** (proszę wpisać):

---

**Lekarstwa, które kandydat(tka) zażywa:**

---

---

---

- ✓ Oświadczam,  **że nie zataiłam/zataiłem żadnych ukrytych chorób.**( Nieprawdziwe dane skutkować będą skreśleniem ucznia z listy uczestników.) Mam świadomość, że w razie nieuzasadnionej rezygnacji zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów.

---

Data i podpis ucznia

---

Data i podpis rodziców lub prawnych opiekunów