



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 renowacji elementów architektury)

Choroby przewlekłe kandydata(tki) (proszę wpisać):

Leczenia, 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