Opole, dnia …………… 20……… r.

|  |
| --- |
| ............................................................................ - ...............................  (nazwisko i imię studenta/ki) (nr albumu)....................................................................................................(rok studiów, kierunek i forma studiów – stacjonarne/niestacjonarne)..................................................................................................... (telefon kontaktowy)..................................................................................................... (adres e-mail)**OŚWIADCZENIE STUDENTA WYDZIAŁU LEKARSKIEGO** **UNIWERSYTETU OPOLSKIEGO o zapoznaniu się z treścią Regulaminu Praktyk** **Zawodowych/Wakacyjnych kierunku Lekarskiego**Niżej podpisany/a …………..……………………………………..….., zamieszkały/a w …………………..……..……………………, student/ka Uniwersytetu Opolskiego oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią obowiązującego na Uniwersytecie Opolskim **Regulaminu Praktyk Zawodowych/Wakacyjnych Kierunku Lekarskiego,** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.................................................................... (*czytelny podpis studenta/ki)* |