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)* |