Puławy, ………………..….

|  |
| --- |
|  |

*Imię nazwisko słuchacza SP Medycznego Studium Zawodowego im PCK w Puławach*

|  |
| --- |
|  |

*Kierunek kształcenia / klasa*

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach praktycznych w ramach pracowni specjalistycznych, które będą się odbywały w Szkole Policealnej MSZ im PCK w Puławach wg planu zajęć **od 18 maja 2020 r.**

Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń wydanych przez szkołę   
na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

………………………….