



Załącznik nr 3  
do Decyzji nr 3/2021  
z dnia 01.10.2021r.

Poznań, ..... 2021 r.

---

*(imię i nazwisko)*

---

*(adres zamieszkania)*

---

*(kierunek studiów/rok/nr albumu)*

---

*(imię i nazwisko opiekuna praktyk)*

## OŚWIADCZENIE

Z uwagi na obowiązujący na terenie kraju stan epidemii wprowadzony w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 oraz podwyższone ryzyko zarażenia osób przebywających w podmiotach leczniczych oświadczam, że praktyki studenckie w zakresie ..... będę realizować w jednym i tym samym podmiocie leczniczym tj. Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zgodnie z obowiązującym w roku akademickim ..... ramowym programem praktyk.

---

*(czytelny podpis studenta)*