



## OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko Studenta: \_\_\_\_\_

Numer indeksu: \_\_\_\_\_

Rok rekrutacji i kierunek studiów: \_\_\_\_\_

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem praktyk zawodowych w Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego i będę stosować się do jego zapisów.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis STUDENTA