|  |  |
| --- | --- |
|  | **Załącznik nr 2** do Regulaminupraktyk zawodowych dla studentówkierunku lekarskiego |

**OŚWIADCZENIE**

**o zapoznaniu się studenta z Regulaminem praktyk zawodowych na kierunku lekarskim**

Imię i nazwisko studenta: …………………………………………………………………………..

Numer albumu: ……………………………………………………………………………………..

Rok rekrutacji: ……………………………………………………………………………………...

Kierunek studiów: ………………………………………………………………………………….

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem praktyk zawodowych dla studentów kierunku lekarskiego na Wydziale Medycznym i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Kaliskiego im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego i będę stosować się do jego zapisów.

...........................................................................

 data i podpis studenta