

**Załącznik nr 3 do Regulaminu organizacji
studenckich praktyk zawodowych, praktycznej
nauki zawodu i szkolenia praktycznego w PCZ
Sp. z o.o w Otwocku**

Imię i nazwisko

.....

Adres

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że pokryję koszty ewentualnego profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego w przypadku styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HBV, HCV, HIV) w trakcie wykonywania czynności zgodnie z programem praktyki w ramach przeszkolenia w PCZ Sp. z o.o w Otwocku.

.....
data i podpis studenta/praktykanta