…………………………………………. Zgorzelec, dnia …………………….
 (imię i nazwisko)

………………………………………….

………………………………………….
 (adres)

………………………………………….
 (telefon kontaktowy)

OŚWIADCZENIE

 Oświadczam, że w związku z brakiem możliwości wykonania badań w medycynie pracy w terminie do 25.07.2022 r./22.08.2022 r.\* córki/syna\*………………………………………………………………………….
 (imię i nazwisko)
w kierunku kształcenia …………………………………………………………………………………………………………………………
 (nazwa kierunku kształcenia)
zobowiązuję się do doniesienia zaświadczenia lekarskiego w terminie do ……………………………………………
Planowany termin wizyty u lekarza medycyny pracy ……………………………………………………………………………

…………………………………….
(podpis)

\*niewłaściwe skreślić
wybrać właściwy termin w zależności od etapu rekrutacji – termin właściwy lub uzupełniający