…………………………………………. 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