

Warszawa, dnia 20..... r.

.....
(nazwisko i imię studenta/ki)

.....
(nr albumu)

I rok, kierunek lekarski - stacjonarne

(rok studiów, kierunek i forma studiów)

.....
(telefon kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE STUDENTA WYDZIAŁU MEDYCZNEGO
UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO
o zapoznaniu się z treścią Regulaminu Praktyk
Zawodowych na kierunku lekarskim na Uniwersytecie Warszawskim**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią obowiązującego **Regulaminu Praktyk Zawodowych na kierunku lekarskim na Uniwersytecie Warszawskim**, i będę stosować się do jego zapisów.

.....
(data i podpis STUDENTA)