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

Imię i nazwisko Data

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

Numer indeksu

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

Kierunek i rok studiów

**OŚWIADCZENIE**

**O UBEZPIECZENIU/BRAKU UBEZPIECZENIA NA CZAS STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Niniejszym oświadczam, że jestem/nie jestem[[1]](#footnote-1) ubezpieczony/a na czas studenckich praktyk zawodowych, które będę realizował/a w…..……………………………………………………. od………………. do……………….

……………………………….

Podpis studenta/studentki

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)