

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRZYJĘCIE DO CKZiU Nr 2
w Gdańsku, ul. Smoleńska 5/7**

.....

Nazwisko i imię kandydata

.....

PESEL kandydata

Po zapoznaniu się z wymogami kształcenia zawodowego w danym zawodzie, zobowiązuję się do zgłoszenia się w wyznaczonym terminie na badania do lekarza Medycyny Pracy wskazanego przez szkołę, celem uzyskania zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktycznej nauki zawodu (art. 134 ust. 1. pkt 2 Ustawy Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r. Dz. U. 2018 r. 0.996).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że w przypadku niewykonania ww. badań, nie będę mógł/mogła podjąć nauki w wybranym zawodzie w CKZiU NR 2 w Gdańsku.

.....

Podpis kandydata

.....

Podpis Rodzica (prawnego opiekuna)