

Rzeszów, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany / podpisana*,

.....
legitymujący się / legitymująca się* numerem PESEL

.....,
oświadczam, że nie posiadam wymaganych szczepień WZW typu B.
Zobowiązuję się uzupełnić szczepienia w ciągu pierwszego roku studiów.
Dotyczy kierunku: Fizjoterapia / Kosmetologia*

.....
(czytelny podpis)

*niewłaściwe skreślić