

Załącznik Nr 2 do Regulaminu

.....

.....

Data:

(Imię i nazwisko Kandydata, PESEL)

Oświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych

Oświadczam, że nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia szkolenia:

.....

.....

(nazwa szkolenia)

w terminie:

.....
podpis Kandydata