

**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 w wyznaczonym terminie na badania do lekarza Medycyny Pracy wskazanego przez szkołę, celem uzyskania zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kształcenia w zawodzie (art. 20 t. p. 4e Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. - Dz. U. z 2016 r. poz. 1943, 1954, 1985 i 2169 oraz z 2017 r. poz. 60).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, 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)