



Załącznik Nr 3 do Regulaminu Pacjenta
Standaryzowanego/Symulowanego

OŚWIADCZENIE KANDYDATA o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy do celów rekrutacji

Ja niżej podpisany\a

zamieszkały(a)

.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym

wydanym przez

.....

oświadczam iż mój stan zdrowia **pozwala** mi na wykonywanie pracy w charakterze Pacjenta
Standaryzowanego/Symulowanego.

.....

(miejsowość i data)

.....

(podpis)