Imię i nazwisko studenta ……………………………………………………………………

Kierunek studiów …………………………………………………………………………..

Oświadczam, że:

* zostałem(am) poinformowany(a), iż udział w praktykach zawodowych mogą wziąć wyłącznie osoby, u których nie występują objawy choroby infekcyjnej górnych dróg oddechowych (gorączka, kaszel, ból mięśni) i zobowiązuję się do poinformowania pełnomocnika dziekana ds. praktyk zawodowych …………………………………….

i opiekuna praktyk z Wydziału Biologii………………………………………………., w przypadku wystąpienia u mnie ww. objawów,

* jestem świadomy(a) zwiększonego ryzyka epidemiologicznego i dobrowolnie biorę udział w praktykach zawodowych,
* zobowiązuję się podczas realizacji praktyk zawodowych, o których mowa powyżej, przestrzegać obowiązujących w Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu przepisów, procedur, zaleceń i wytycznych dotyczących zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19

*……………………………………..*

*(data i podpis)*