

Gdańsk, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(kierunek/rok)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w konsultacjach z nauczycielem prowadzącym zajęcia edukacyjne w okresie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, z przedmiotu

.....
oraz zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich zaleceń epidemiologicznych obowiązujących na terenie Polski jak i w Wojewódzkim Zespole Szkół Policealnych Nr 2 w Gdańsku.

.....
(czytelny podpis słuchacza)