**OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE**

Oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na realizację programu praktyki zagranicznej, zgodnie z założeniami projektu „Twoja przyszłość w Twoich rękach – staże zagraniczne MZSP" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Uwagi dotyczące zdrowia (choroby przewlekłe i przyjmowane leki): ……………………………………………………………………………….…………………………...……………………….…….………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………….

Inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie męczenie się, choroba lokomocyjna itd.): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alergie ( na leki, żywność, inne): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uwagi dotyczące szczególnych potrzeb żywieniowych: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………..……….

data i czytelny podpis uczestnika projektu