



Załącznik nr 10 do Zarządzenia nr 39/2023/2024 Rektora UIK z dnia 12 kwietnia 2024 r.

(pieczęć podmiotu przeprowadzającego badanie logopedyczne)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO PODJĘCIA KSZTAŁCENIA NA KIERUNKU**  
**LOGOPEDIA**

Na podstawie badania logopedycznego przeprowadzonego w dn.....

u Pani/Pana .....  
(imię i nazwisko kandydatki/a)

nr PESEL / w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL — nazwa i numer dokumentu tożsamości\*

.....

**Ja - niżej podpisana/y**

.....  
(tytuł, imię i nazwisko logopedy)

zatrudniona/y lub\* prowadząca/y praktykę logopedyczną

w .....  
(pełna nazwa placówki/gabinetu zgodnie z wpisem do CEIDG)

pod adresem.....  
(kod i miejscowość)

.....  
(ulica, nr)

**świadoma/y odpowiedzialności za prawdziwość złożonego oświadczenia,**  
biorąc pod uwagę budowę i funkcje aparatu artykulacyjnego, głosowego i narządu słuchu  
**stwierdzam**

**brak przeciwwskazań do podjęcia kształcenia na kierunku Logopedia.**

.....  
(miejsce i data wystawienia)

.....  
(podpis i pieczęćka uprawnionego logopedy)

\*niepotrzebne proszę skreślić