

(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 pieczęć uprawnionego logopedy)

*niepotrzebne proszę skreślić