# DEKLARACJA

Student/ka ……………………………………………………………………………………………………………..…………

Wydział Biotechnologii

Kierunek/specjalność …………………………………………………………………………………………………………

Rok studiów ……………………………………………………… nr albumu ……………………………………………

Nazwa zakładu pracy/instytucji (zwanego dalej zakładem pracy), w którym student/ka odbywa praktykę

…………………………………………………………………………………………..…………………………..…………………

Termin praktyki ………………………………………………………………………………………….……………………

Oświadczam, że zapoznałem/am się z niżej przedstawionymi warunkami praktyki i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

1. Student/ka zobowiązuje się do ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych

wypadków (NNW) i odpowiedzialności cywilnej (OC).

1. Student/ka zobowiązuje się do odbycia praktyki zgodnie z programem, a ponadto:
	1. przestrzegania ustalonego przez zakład pracy porządku i dyscypliny,
	2. przestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej,
	3. przestrzegania zasad zachowania tajemnicy służbowej i państwowej oraz

ochrony poufności danych w zakresie określonym przez zakład pracy,

* 1. przestrzegania zasad odbywania praktyk określonych w wydziałowym

regulaminie praktyk.

1. Praca na rzecz zakładu pracy ma charakter nieodpłatny i z tytułu jej wykonywania studentowi/studentce nie przysługują żadne roszczenia finansowe, zarówno w stosunku do zakładu pracy, jak i Uniwersytetu.
2. Po zakończeniu praktyki, student/ka sporządza sprawozdanie z przebiegu praktyki, które potwierdza zakładowy opiekun i osoba upoważniona z Uniwersytetu.

Oświadczam, że jestem ubezpieczony/a od następstw nieszczęśliwych wypadków w

..........................................................................................................................

 (nazwa firmy ubezpieczeniowej)

numer polisy:...........................................w okresie od ……..…….….. do ………………………

oraz od odpowiedzialności cywilnej w …………………………………………………………………………………

 (nazwa firmy ubezpieczeniowej)

numer polisy:........................................... w okresie od................. do....................

W załączeniu kserokopie zawartych ubezpieczeń.

…………………………………………

Data i podpis studenta/studentki