

Ruda Śląska, dnia 03.06.20165 r.

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany(a) uczestnik(czka)
(Nazwisko i imię)

kwalifikacyjnego kursu zawodowego z kwalifikacji

M.19 UŻYTKOWANIE OBRABIAREK SKRAWAJĄCYCH

(Oznaczenia i nazwa kwalifikacji)

wyodrębnionego w zawodzie „operator obrabiarek skrawających” w Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Zawodowego w Rudzie Śląskiej oświadczam, że posiadam/nie posiadam* ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków.

W razie braku w/w ubezpieczenia zobowiązuję się do indywidualnego ubezpieczenia NNW na czas odbywania praktyki w dniach od 03.06.2016 r. do 30.06.2017 r.

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Ruda Śląska, dnia 03.06.2016 r.

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany(a) uczestnik(czka)
(Nazwisko i imię)

kwalifikacyjnego kursu zawodowego z kwalifikacji

M.19 UŻYTKOWANIE OBRABIAREK SKRAWAJĄCYCH

(Oznaczenia i nazwa kwalifikacji)

wyodrębnionego w zawodzie „operator obrabiarek skrawających” w Centrum Kształcenia Praktycznego i Doskonalenia Zawodowego w Rudzie Śląskiej oświadczam, że posiadam/nie posiadam* ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków.

W razie braku w/w ubezpieczenia zobowiązuję się do indywidualnego ubezpieczenia NNW na czas odbywania praktyki w dniach od 03.06.2016 r. do 30.06.2017 r.

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić