

**OŚWIADCZENIE**

*Wyrażam/ nie wyrażam\** zgodę/y na podejmowanie przez opiekunów decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (imię i nazwisko uczestnika) ………………………………………………………….. w czasie trwania praktyki zawodowej we Włoszech w ramach **programu Erasmus+ „Mobilność młodych techników z ZSTiO- krokiem do sukcesu zawodowego” - nr projektu: 2020-1-PL01-KA102-080553** w terminie 03.10.2021 - 30.10.2021.

Skoczów, dnia ………………….. ………….…….…………………………..

 czytelny podpis rodzica/ opiekuna

\*podkreślić właściwe