Załącznik Nr 11 do Załącznika Nr 1

……………………………………………, dnia …………………………r.

**Powiat Starogardzki**

**ul. Kościuszki 17**

**83-200 Starogard Gdański**

**OŚWIADCZENIE DOT. WYRAŻENIA ZGODY NA UCZESTNICTWO W PRAKTYCE ZAWODOWEJ/ STAŻU ZAWODOWYM   
(w przypadku niepełnoletniego uczestnika/ uczestniczki stażu zawodowego/praktyki zawodowej - UZUPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY)**

Ja niżej podpisana/y …………………………………………………………………………………,

(imię i nazwisko uczestnika stażu/praktyki)

zamieszkała/y…………………………………………………………………………………,

(adres zamieszkania uczestnika stażu/praktyki)

PESEL……………………………, świadomy obecnej sytuacji i zagrożenia epidemiologicznego w związku z rozprzestrzenianiem się COVID-19, wyrażam zgodę na uczestnictwo w praktyce zawodowej/stażu zawodowym w ramach projektu „Wybieram przyszłość zawodową – podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego w powiecie starogardzkim”, w firmie ………………………………………………………………………………………………… .

(nazwa i adres firmy)

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | …………………………………………………… |
| miejscowość i data | Uczeń/Uczennica lub Rodzic/Opiekun prawny w przypadku ucznia niepełnoletniego |