|  |  |
| --- | --- |
|  | (pieczęć́ 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.**

\*niepotrzebne proszę skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| ....................................................... | ....................................................... |
| (miejsce i data wystawienia) | (podpis i pieczątka uprawnionego logopedy) |