………………………………………………..

imię i nazwisko kandydata

…………………………………………………

Nr PESEL

**OŚWIADCZENIE O SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ**

Niniejszym oświadczam, iż mam świadomość, że realizacja wszystkich, obowiązkowych efektów kształcenia w trakcie studiów na kierunku fizjoterapia, zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755 z późn.zm.) wymaga **sprawności fizycznej oraz umiejętności pływania** na poziomie min. podstawowym (umiejętność przepłynięcia dowolnym stylem pływackim 50m).

Jednocześnie oświadczam, iż spełniam powyższe warunki.

…………………………………………… …………………………………………

data podpis kandydata

\*