……………………………………………….. (papier firmowy)

imię i nazwisko osoby podpisującej oświadczenie

…………………………………………………

stanowisko

………………………………………………….

Departament/jednostka organizacyjna

**ZGODA PRACODAWCY/ZLECENIODAWCY Z GRUPY LUX MED[[1]](#footnote-1)[[2]](#footnote-2)   
na podjęcie kształcenia w Wyższej Szkole Nauk Medycznych w Warszawie**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na podjęcie przez Panią/Pana[[3]](#footnote-3) …………………(imię i

nazwisko)………………………………………….. jednolitych, stacjonarnych, 5-letnich studiów

magisterskich na kierunku fizjoterapia/studiów podyplomowych[[4]](#footnote-4) ……………………………nazwa

studiów………………………………….. w Wyższej Szkole Nauk Medycznych w Warszawie w roku

akademickim 2025/2026.

…………………………………………… …………………………………………

data podpis

\*

1. W przypadku umowy o pracę wybrać opcję PRACODAWCA, w przypadku umowy cywilnoprawnej wybrać opcję ZLECENIODAWCA [↑](#footnote-ref-1)
2. przez zgodę pracodawcyzleceniodawcy rozumie się zgodę osoby upoważnionej w danym podmiocie do podpisywania umów o pracę/umów cywilnoprawnych [↑](#footnote-ref-2)
3. niepotrzebne usunąć/skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. niepotrzebne usunąć/skreślić [↑](#footnote-ref-4)