Szczecin, dnia…………….

**OŚWIADCZENIE**

ŚWIADKA WYPADKU/ ~~DOKTORANTA/UCZESTNIKA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH, KSZTAŁCENIA SPECJALISTYCZNEGO I INNYCH FORM KSZTAŁCENIA~~ W ZWIĄZKU Z REALIZACJA PROGRAMU KSZTAŁCENIA LUB NA TERENIE UCZELNI \*

Sporządzono dnia …………. w…….………….. przez zespół powypadkowy w składzie:

1. …………………………………. - ……………..……………………………….

2. …………………………………. - ……………..……………………………….

 (imię i nazwisko) (funkcja)

I. Dane świadka wypadku:

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………..
3. Rok studiów: ……………………………………………………………………………..
4. Kierunek studiów: ……………………………………………………………………….

II. Opis wypadku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..............................................................

 (podpis członka zespołu powypadkowego)

.............................................................

 (podpis członka zespołu powypadkowego)

Data i podpis świadka wypadku: …….…………………………