

**ZAŚWIADCZENIE
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ
DO PODJĘCIA KSZTAŁCENIA NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH
W ZAKRESIE LOGOPEDII**

Zaświadczam, że:

na podstawie badania logopedycznego przeprowadzonego u Pani/Pana

.....
(imię i nazwisko kandydatki/a)

.....
nr PESEL / w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL — nazwa i numer dokumentu tożsamości

przeprowadzonego w dniu

stwierdzam brak przeciwwskazań do wykonywania zawodu nauczyciela - logopedy z punktu widzenia prawidłowości aparatu i funkcji głosowych, słuchowych i artykulacyjnych.

.....
(tytuł, imię i nazwisko logopedy)

zatrudniona/y lub prowadząca/y praktykę logopedyczną w

.....
(nazwa placówki/gabinetu zgodnie z wpisem do CEIDG)

.....
adres, (ulica nr, kod i miejscowość)

.....
(miejsce i data wystawienia)

.....
(podpis i pieczętka uprawnionego logopedy)