

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
PEDAGOGA /
STUDENTA / UCZESTNIKA STUDIÓW DOKTORANCKICH /
AKOMPANIATORA *
NA UCZESTNICZENIE W INDYWIDUALNYCH ZAJĘCIACH
W AKADEMII MUZYCZNEJ IM. STANISŁAWA MONIUSZKI W GDAŃSKU**

Imię i nazwisko:	
Wydział i kierunek studiów/ Stanowisko	
Kontakt e-mail:	
Kontakt tel.:	

Niniejszym, działając na podstawie Zarządzenia Rektora Akademii Muzycznej im. Stanisława Moniuszki w Gdańsku nr 29/2020 z dnia 22 maja 2020 roku, oświadczam, iż wyrażam zgodę na uczestniczenie w indywidualnych zajęciach w dniach od 25 maja 2020 r. do 4 lipca 2020 r.

Jestem świadomy występującego na terenie kraju zagrożenia epidemiologicznego i związanym z tym ograniczeniem w działalności Akademii Muzycznej im. Stanisława Moniuszki w Gdańsku. Pomimo wyżej wskazanych okoliczności oświadczam, iż świadomie i na własną odpowiedzialność wyrażam zgodę na uczestniczenie w zajęciach indywidualnych i zobowiązuję się do przestrzegania procedury obowiązującej w Akademii Muzycznej im. Stanisława Moniuszki w Gdańsku.

Przyjmuję do wiadomości, że w razie naruszenia przeze mnie procedur przeprowadzania zajęć indywidualnych oraz zasad sanitarnych obowiązujących w Akademii, zgoda Rektora na przeprowadzanie zajęć indywidualnych zostanie cofnięta.

.....
data

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić