

Imię i nazwisko .....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- nagrywane przeze mnie treści wykładów, ćwiczeń oraz innych zajęć związanych z kształceniem,
  - materiały otrzymywane przeze mnie od prowadzących zajęcia,
- służyć mi będą wyłącznie do osobistych potrzeb związanych ze studiowanym przeze mnie kierunkiem i nie będą udostępniane innym osobom.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis studenta

**Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych OSW**  
ul. Bydgoska 33, Olsztyn 10-243