

Nyilatkozat

Alulírott

..... (.....)

olvasható név

pecsétszám

tudomásul veszem, hogy a Szakképzési Megállapodás szerinti tájékoztatókat a Megállapodásban megadott e-mail címemre kézbesíti a Dékáni Hivatal Szakképzési Tanulmányi Osztálya.

Kötelezettséget vállalok arra, hogy a megadott e-mail cím változását haladéktalanul, de legkésőbb a változást követő 3 munkanapon belül jelentem a Dékáni Hivatal Szakképzési Osztályán dolgozó ügyintézőmnek.

Vállalom, hogy a Szakképzési Megállapodás szerinti (vagy utóbb bejelentett) e-mail címemre a Dékáni Hivatal Szakképzési Tanulmányi Osztálya által küldött minden küldemény kézhezvételét 2 munkanapon belül visszaigazolom a feladó e-mail címére.

Tudomásul veszem, hogy a visszaigazolás elmulasztása esetén a Szakképzési Megállapodás szerinti (vagy utóbb bejelentett) e-mail címre küldött levelet, a Dékáni Hivatal Szakképzési Tanulmányi Osztálya a levél feladásától számított ötödik munkanapon kézbesítettnek tekinti.

Tudomásul veszem, hogy a fenti kötelezettségek elmulasztása esetén az abból eredő minden következmény engem terhel.

Budapest,

.....

szakorvosjelölt aláírása