**NYILATKOZAT**

Alulírott

(név, születési hely, születési idő) kijelentem, hogy tudomásom szerint nincs olyan betegségem, amely akadályozná a felsőoktatási tanulmányaim folytatását, beleértve a köznevelési intézményben a tanulmányaim során folytatandó összefüggő egyéni iskolai gyakorlatot is.

Debrecen,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a jelentkező aláírása