

Jastrzębie Zdrój dnia.....

.....
Nazwisko i imię

.....
.....
nazwa komórki organizacyjnej/oddziału/ów

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z:

1. Treścią Regulaminu praktyk studenckich/szkolnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.
2. Dokumentacją szkoleniową z zakresu ochrony przeciwpożarowej dla praktykantów/ stażystów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.
3. Przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą oraz o zasadami ochrony przed zagrożeniami.
4. Materiałami dotyczącymi profilaktyki zakażeń szpitalnych.
5. Polityką Bezpieczeństwa Informacji obowiązującą w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.
6. Procedurą postępowania w przypadku wystąpienia incydentów związanych z naruszeniem ochrony danych osobowych.

.....
podpis przyjmującego oświadczenie

.....
podpis praktykanta