

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
NIP 898-181-68-56, REGON 000289012
.....

Wrocław r.

Imię i nazwisko:
Nr indeksu.....
Miejsce praktyki: Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami w tym procedurami, instrukcjami i wytycznymi w szczególności:

1. SZKOLENIE WSTĘPNE OGÓLNE BHP
2. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH
3. KLAUZULA INFORMACYJNA – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
4. BEZPIECZEŃSTWO INFORMACJI
5. LOKALNE CENTRUM NADZORU
6. SZKOLENIE PPOŻ
7. POSTĘPOWANIE NA WYPADEK EKSPOZYCJI
8. HIGIENA RĄK
9. GOSPODARKA ODPADAMI
10. REGULAMIN PRAKTYK

.....
Podpis studenta

Szkolenie Stanowiskowe w miejscu odbywania praktyki przeprowadził w dniu

opiekun studenta (podpis i pieczęć opiekuna praktyk)

.....
data, podpis studenta
składającego oświadczenie