



Imię i nazwisko: .....

Miejsce odbywania praktyki/ wolontariatu\* Klinika: .....

### Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/łam się poniższymi dokumentami, procedurami, instrukcjami i wytycznymi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

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. PRAW PACJENTA

.....  
data, podpis składającego oświadczenia

Szkolenie stanowiskowe obejmujące m in. zapoznanie z procedurami wewnętrznymi obowiązującymi w jednostce organizacyjnej w szczególności z Polityką Antymobbingową i Antydyskryminacyjną oraz Procedurą zgłaszania naruszeń prawa i podejmowania działań następczych zostało przeprowadzone w dniu .....

.....  
(data, podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej szkolenie stanowiskowe).

\*niepotrzebne skreślić

*Jesteśmy po to, żeby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną*

---

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU

ul. Borowska 213,50-556 Wrocław,  
NIP 898-181-68-56, REGON 000289012

Dział Zarządzania Zespołami Ludzkimi  
e-mail: zzl@usk.wroc.pl; www.usk.wroc.pl