**Załącznik nr 4** do Procedury „Realizacja staży kierunkowych”

Dziekanów Leśny, dn. …………………………….

Imię i nazwisko lekarza:

………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO STAŻU KIERUNKOWEGO**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z niżej wymienionymi dokumentami obowiązującymi na terenie Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym:

* Procedura „Realizacja staży kierunkowych”,
* Regulamin Organizacyjny Szpitala,
* Zakładowy Regulamin Pracy,
* przepisy dotyczące ochrony tajemnicy służbowej (także po zakończeniu praktyk),

i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień w nich zawartych.

………….…………………………………….

 (czytelny podpis)