

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY
MAŁOLETNI**

Ja,,
nżej podpisany oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Standardów Ochrony Małoletnich przyjętych w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Św. Michała” Poradni Lekarza Rodzinnego i Poradnie Specjalistyczne w Łukowie, które w pełni zrozumiałem, akceptuję oraz że zobowiązuję się do ich przestrzegania w szczególności do raportowania informacji na temat zdarzeń i działań niezgodnych z ich treścią.

....., dnia r.

.....
Podpis