



Imię i Nazwisko praktykanta:

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do odbycia praktyki w Zagłębiowskim Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

.....
(data i podpis praktykanta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Organizacji Praktyk Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

.....
(data i podpis praktykanta)

OŚWIADCZENIE*

Oświadczam, że pokryję koszty ewentualnego profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego w przypadku styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) w trakcie wykonywania czynności zgodnie z programem praktyk w ramach przeszkolenia w Zagłębiowskim Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

.....
(data i podpis praktykanta)

OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Standardów Ochrony Małoletnich przyjętych w Zagłębiowskim Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, które w pełni zrozumiałem/zrozumiałam, akceptuję oraz że zobowiązuje się do ich przestrzegania w szczególności do raportowania informacji na temat zdarzeń i działań niezgodnych w ich treścią**.

.....
(data i podpis praktykanta)

* dotyczy zawodów medycznych (w przypadku braku takiego pokrycia przez podmiot prowadzący kształcenie).

**dotyczy praktyki realizowanej w oddziałach: Oddział Pediatryczno-Alergologiczny, Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Oddział Noworodkowy, Zakład Rehabilitacji, SOR).