

Oświadczenie

o zapoznaniu się ze **Standardem Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji**

Potwierdzam, że zapoznałem się / zapoznałam się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. oraz obowiązującym Kodeksem Bezpiecznej Relacji i zobowiązuję do zasad ich stosowania i przestrzegania.

Imię i nazwisko

Stanowisko

Nazwa komórki organizacyjnej

.....
(*miejsowość, data*)

.....
(*czytelny podpis pracownika*)