

**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)