

Imię i nazwisko

studentki(ta)/praktykantki(ta):

Nazwa uczelni/kierunek studiów:

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z *Regulaminem realizacji zajęć dydaktycznych/ćwiczeń klinicznych i praktyk zawodowych/wakacyjnych w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu dla studentów kierunków medycznych* oraz materiałem szkoleniowym stanowiącym *Załącznik Nr 1* do Regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam(em) się z obowiązującymi na terenie KCGPiN regulaminami i procedurami (m.in. dotyczącymi organizacji świadczeń zdrowotnych, przepisów porządkowych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej, obsługi urządzeń medycznych).

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nieujawniania, ani przekazywania osobom trzecim, żadnych informacji o charakterze poufnym, uzyskanych przeze mnie w trakcie odbywania zajęć na terenie Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu.
Powyższe obowiązuje również po zakończeniu zajęć.

.....
data i podpis składającego oświadczenie