

Załącznik do Zarządzenia Nr 14/2024  
Dyrektora  
Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu  
z dnia 14 sierpnia 2024 r.

Inowrocław, dnia.....

.....

(imię i nazwisko pracownika/współpracownika)

.....

(komórka organizacyjna)

### Oświadczenie

**o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu i zobowiązaniu do ich przestrzegania**

Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu, odbyłam/em w tym zakresie przeszkolenie, i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

(podpis pracownika)