

Załącznik nr 2 do

Zarządzenia Prezesa Zarządu Nr 83/2024 z dnia 14 sierpnia 2024 r.

Siedlce, data ………….

**Oświadczenie**

**o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich**

Komórka organizacyjna …………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y zapoznałam się/zapoznałem się z treścią Standardów Ochrony Małoletnich przyjętych w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o., które w pełni zrozumiałam/em i akceptuje oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Data** | **Podpis** |
|  | praktykant |  |  |