Załącznik Wrocław, …………………………………

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w zajęciach dydaktycznych na terenie Dolnośląskiego Centrum Onkologii**

**Statement by a person participating in the didactic classes at teh Wroclaw Comprehensive Cancer Center**

Ja,niżej odpisany

I, the undersigned

………………………………………………………………………..

Name, surname

oświadczam, iż zapoznałem się z materiałami szkoleniowymi dotyczącymi zasad przebywania, bezpiecznej pracy oraz zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej na terenie DCO ispełniam wszystkie warunki umożliwiające mi uczestnictwo w zajęciach.

I declare that I have familiarized myself with the training materials concerning the rules of staying, safe work and personal protective equipment in the DCO area and that I meet all the conditions for participation in the classes.

…………..………………………………….

podpis osoby składającej oświadczenie

signature of the person making the declaration