Załącznik Wrocław, …………………………………

**Oświadczenie osoby uczestniczącej w zajęciach dydaktycznych na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego**

Ja, niżej podpisany………………………………………………………………………..

 Imię nazwisko

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

…………..………………………………….

podpis osoby składającej oświadczenie