*Załącznik nr 1*

*do Standardów Ochrony Małoletnich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie*

**OŚWIADCZENIE**

**o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich**

Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że zapoznałem (-am) się z treścią Standardów Ochrony Małoletnich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie, które w pełni zrozumiałam/ zrozumiałem, akceptuję i zobowiązuję się do ich stosowania. Zobowiązuję się również do raportowania wszelkich informacji na temat zdarzeń oraz działań niezgodnych z ich treścią

**………………………………………….**

(data i podpis)