

**Oświadczenie studenta / praktykanta o zapoznaniu się z przepisami
w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie**

Imię i nazwisko studenta / praktykanta.....

Ja niżej podpisany/a:

1. Oświadczam, że zostałam/em zapoznany z przepisami z zakresu:
 - bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - przeciwpożarowymi (w tym z Instrukcją Bezpieczeństwa Pożarowego)
 - procedurą epidemiologii oraz procedurą po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał,
 - ochrony danych osobowych,
 - ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
2. Zobowiązuję się do przestrzegania w/w przepisów prawnych i wewnętrznych procedur oraz instrukcji.
3. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji, a w szczególności:
 - danych osobowych uzyskanych w trakcie odbywania dokonywania operacji związanych z ich przetwarzaniem oraz sposobów ich zabezpieczenia,
 - informacji o stanie zdrowia pacjentów, których ujawnienie mogłoby narazić szpital, pacjentów lub inne osoby na szkodę, także po zakończeniu praktyki.

.....
(data)

.....
(podpis praktykanta)