**Załącznik nr 1**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ ZE STANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNICH W ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLANOWIE**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Zespole Opieki Zdrowotnej Polanowie oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis