

Załącznik nr 4 do Regulaminu realizacji studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu obejmującej zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe oraz szkolenia praktycznego w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o.

.....
Imię i nazwisko

Adres.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że pokryję koszty ewentualnego profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego w przypadku styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności(HIV) w trakcie wykonywania czynności zgodnie z programem praktyki w ramach przeszkolenia w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o. o.

.....
data i podpis studenta/praktykanta