

UNIVERSITY CLINICAL HOSPITAL
the name of Jan Mikulicz-Radecki in Wrocław ul.
Borowska 213, 50-556 Wrocław
NIP 898-181-68-56, REGON 000289012
.....

Wrocławr.

Name and Surname: Index
numer/ Student ID.....
Place of internship: University Clinical Hospital in Wrocław

Statement

I certify that I have familiarized myself with: the materials including procedures, instructions and guidelines in particular:

1. WOHS TRAINING FOR STUDENT
2. PERSONAL DATA PROTECTION
3. PATIENT'S RIGHT
4. INFORMATION SECURITY'S RULES
5. FIRE SAFETY
6. PROFESSION RELATED EXPOSURES
7. WHO YOUR 5 MOMENTS FOR HAND HYGIENE POSTER
8. WHO HOW TO HANDWASH - POSTER
9. WHO HOW TO HANDRUB - POSTER
10. RULES FOR THE USE OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT
11. WASTE COLLECTION

.....
Student's signature

The on-the-job training at the practice place was conducted on

student's tutor (signature and stamp of the internship supervisor).

.....
date, signature of the student
submitting the statement

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się: z materiałami w tym procedurami, instrukcjami i wytycznymi w szczególności:

1. SZKOLENIE WSTĘPNE OGÓLNE BHP
2. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH
3. PRAWO PACJENTA
4. KLAUZULA INFORMACYJNA – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
5. BEZPIECZEŃSTWO INFORMACJI
6. LOKALNE CENTRUM NADZORU
7. SZKOLENIE PPOŻ
8. POSTĘPOWANIE NA WYPADEK EKSPOZYCJI
9. HIGIENA RĄK
10. GOSPODARKA ODPADAMI
11. REGULAMIN PRAKTYK

.....
Podpis studenta

Szkolenie Stanowiskowe w miejscu odbywania praktyki przeprowadził w dniu opiekun

studenta (podpis i pieczętka opiekuna praktyk)

.....
data, podpis studenta składającego oświadczenie