

**Załącznik Nr 6
do „ Procedury ujawniania i zgłaszania nieprawidłowości
oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa
w SPZZOZ w Staszowie.”**

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z: podjęciem zatrudnienia, innego stosunku prawnego stanowiącego podstawę świadczenia pracy lub usług w SPZZOZ w Staszowie zapoznałam/em się z Procedurą ujawniania i zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Staszowie.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)