

**Załącznik nr 3**

.....  
Imię i nazwisko pracownika/współpracownika

.....  
Stanowisko/funkcja/poradnia

Do NZOZ „Przychodnia Salvatorska” Sp. z o.o.

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z POLITYKĄ OCHRONY MAŁOLETNIICH**

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Polityką ochrony małoletnich przed krzywdzeniem obowiązującą w NZOZ „Przychodnia Salvatorska” Sp. z o.o. w Krakowie, przyjmuję ją do realizacji i zobowiązuje się do przestrzegania zawartych w niej zapisów.

.....  
*data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*

