Załącznik Nr 1 do „Polityki ochrony dzieci"

OŚWIADCZENIE
O ZOBOWIĄZANIU DO PRZESTRZEGANIA POLITYKI OCHRONY DZIECI

Wrocław, dnia .....

Ja, niżej podpisany ..... /imię i nazwisko/ niniejszym oświadczam, że zapoznałam/-em się z dokumentem pn. „Polityka ochrony dzieci" obowiązującym w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

/Podpis/

Załącznik Nr 2 do „Polityki ochrony dzieci"

OŚWIADCZENIE
O ZOBOWIĄZANIU DO PRZESTRZEGANIA ZASAD BEZPIECZNYCH RELACJI DOROSŁY - DZIECKO

Wrocław, dnia .....

Ja, niżej podpisany ..... /imię i nazwisko/ niniejszym oświadczam, że zapoznałam/-em się z dokumentem pn. „Zasady bezpiecznych relacji dorosły-dziecko" obowiązującym w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....

/Podpis/

DYREKTOR
Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej
Waldemar Pliński