

Załącznik nr 3

.....
Imię i nazwisko pracownika/współpracownika

.....
Stanowisko/funkcja/poradnia

Do Centrum Medycyny Profilaktycznej 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 Centrum Medycyny Profilaktycznej 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

