**OŚWIADCZENIE O ZOBOWIĄZANIU DO PRZESTRZEGANIA
STANDARDÓW OCHRONY MAŁOLETNICH**

Ja .................................................................. identyfikująca/y się nr PESEL: .............................. oświadczam, że zapoznałam/-em się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi
w Małopolskim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Krzeszowicach i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

..............................................................................................................

(data, miejscowość, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)