

Łódź dnia

.....

.....

.....

(dane Diagnosty)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany posiadającym nr Pesel, w związku z zamiarem odbycia stażu kierunkowego w ramach specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych z w z siedzibą w ul..... (Udostępniający-jednostka w której odbywany jest staż) oświadczam, że:

- a) zobowiązuję się do rzetelnego wykonywania obowiązków powierzonych przez opiekuna stażu,
- b) zobowiązuję się do dbałości o powierzony przez Udostępniającego sprzęt, materiały i inne wyposażenie,
- c) zapoznam się i będę przestrzegał procedur i zasad administracyjnych oraz standardów, w tym obowiązujących w ramach zintegrowanego systemu zarządzania jakością, zarządzania bezpieczeństwem informacji, zarządzania BHP i zarządzania środowiskowego, oraz standardów akredytacyjnych rekomendowanych dla placówek medycznych,
- d) jestem objęty ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej z tytułu wyrządzonych szkód oraz ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków, oraz że ubezpieczenie to obejmuje cały okres odbywania stażu,
- e) **w przypadku braku dostępu do danych osobowych** - złożę pisemne „**Oświadczenia o zachowaniu poufności**” ,
- f) **w przypadku dostępu do danych osobowych, których administratorem jest Udostępniający** - uzyskam pisemne „**Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych**”,
- g) będę ponosił odpowiedzialność za szkody powstałe na skutek działań leżących po mojej stronie na terenie Udostępniającego, jak również wobec osób trzecich, w granicach ubezpieczenia, o którym mowa w lit. d.,
- h) będę ponosił koszty związane z działaniami profilaktycznymi w przypadku zakażenia się lub skażenia ostrym narzędziem, dostania się materiału biologicznego na błony śluzowe lub wystąpienia innych zdarzeń z naruszeniem ciągłości tkanek i skażeniem materiałem biologicznym, chyba że dany przypadek był wynikiem zaniedbań po stronie Udostępniającego w granicach ubezpieczenia, o którym mowa w lit. d.,
- i) posiadam aktualne badania lekarskie oraz przeszkolenie w zakresie BHP i ppoż,
- j) posiadam aktualne szczepienia WZW typ B.

.....

(podpis Diagnosty)