

.....
miejscowość, data

.....
nazwisko i imię studenta

.....
nr telefonu oraz e-mail

.....
miejsce stałego zamieszkania

.....
rok studiów/kierunek/wydział

.....
Dokładna nazwa uczelni

OŚWIADCZENIE

Kierujący oświadcza, że wyżej wymieniony lekarz skierowany do odbywania stażu kierunkowego w ramach rezydentury:

- 1) Posiada aktualne na czas odbywania stażu ubezpieczenie w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej,
- 2) Posiada zdolność do wykonywania pracy w ramach stażu, tj. posiada aktualne na okres odbywania stażu:

- zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach stażu wydane przez lekarza medycyny pracy,

- jest szczepiony przeciw WZW typu B i posiada dowód tego szczepienia,

- 3) Zapoznał się z treścią Umowy dotyczącej stażu kierunkowego zawartej pomiędzy

Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. a

.....
(nazwa jednostka kierującej na staż)

.....
Kierujący

.....
(imię i nazwisko lekarza)