

**Oświadczenie pracownika o zapoznaniu się z Procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń
prawa oraz ochrony sygnalistów w SP ZOZ w Mońkach**

..... dnia

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(stanowisko)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam(em) się z zarządzeniem nr Dyrektora SP ZOZ w Mońkach z dnia 2024 r. w sprawie ustanowienia „Standardów ochrony sygnalistów”, w tym z tekstem „Procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa oraz ochrony sygnalistów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach” stanowiącym załącznik do tego zarządzenia.

Rozumiem zawarte w nim przepisy i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....
podpis Pracownika