

Załącznik Nr 2 do Regulaminu Pacjenta
Standaryzowanego

OŚWIADCZENIE KANDYDATA o zgodzie na wykonywanie procedur symulacyjnych

Ja niżej podpisany\ a
zamieszkały(a)
.....
legitymujący(a) się dowodem osobistym
wydanym przez

oświadczam, iż jako uczestnik Programu Standaryzowanego Pacjenta **wyrażam zgodę** na wykonywanie na mnie procedur symulacyjnych polegających np. na przeprowadzeniu wywiadu, dokonywanie pomiarów antropometrycznych, zakładanie i zastosowanie modeli szkoleniowych oraz zdjęcia garderoby zewnętrznej, bez naruszenia sfer intymnych.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis)