

OŚWIADCZENIE

STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH

Szpital Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach

.....
Imię i nazwisko

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z:

- Procedurą 1006 I „Standardy ochrony małoletnich w Szpitalu Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach”
- Polityką ochrony małoletnich (dzieci) obowiązującą w Szpitalu Chorób Płuc im. Św. Józefa w Pilchowicach”
- Kodeksem Bezpiecznych Relacji Dziecko (Małoletni) – Personel (wersja dla pracowników i wersja dla dzieci).
- Postępowaniem interwencyjnym w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka (w tym formularz interwencji i wzór rejestru interwencji).

Zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Miejscowość, data

Podpis pracownika / współpracownika

Podpisując niniejszy dokument, oświadczam, iż nie istnieją żadne powody i przeciwwskazania do kontaktu z dziećmi.

Oświadczam, iż nie byłem/am karany/a za przestępstwo na szkodę dzieci ani nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w tym zakresie. Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania bezpośredniego przełożonego na piśmie o postawieniu mi zarzutów lub wszczęciu jakiegokolwiek postępowania karnego lub dyscyplinarnego.

Przyjmuję do wiadomości, iż nieprzestrzeganie Standardów Ochrony Małoletnich a w szczególności Kodeksu bezpiecznych relacji Dziecko – Personel będzie skutkowało podjęciem odpowiednich działań.

Może to oznaczać odsunięcie od obowiązków służbowych / wykonywanych czynności na czas, gdy prowadzone jest dochodzenie i może skutkować postępowaniem dyscyplinarnym lub prawnym, zawieszeniem, zwolnieniem, zgłoszeniem do odpowiednich organów.