

Formularz nr 5 /P-03/KP-01

Chęciny, dnia.....

.....  
Imię i Nazwisko

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zostałem(am) zapoznany(a) przez Pracodawcę z treścią obowiązującej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze **Wewnętrznej Polityki Antymobbingowej.**
2. Oświadczam, że zostałem(am) zapoznany(a) przez Pracodawcę z treścią obowiązującego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze **Programu Adaptacji Nowo Przyjętych Pracowników.**

.....  
Data i podpis składającego oświadczenie