

## OŚWIADCZENIE

o zapoznaniu się z materiałami szkoleniowymi dla studentów/praktykantów z podstawowych zasad BHP, ochrony przeciwpożarowej oraz postępowania w razie pożaru, ochrony danych osobowych i zapobiegania zakażeniom przygotowanym przez Uniwersytecką Klinikę Stomatologiczną w Krakowie oraz obowiązującą w Klinice zasadą poufności polegającą na obowiązku zachowania w tajemnicy i nieujawniania na zewnątrz wszelkich informacji powziętych w związku z prowadzonymi na terenie Kliniki zajęciami.

Imię i nazwisko studentki(ta)/praktykantki(ta).....

Numer Albumu .....

Rok akademicki 20...../20.....

Nazwa uczelni/kierunek studiów .....

...**Oświadczam, że zapoznałam/em się z materiałem szkoleniowym** dostępnym na stronie internetowej Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie

**Ponadto zostałam(em) poinformowana/y, że na pierwszych zajęciach w Klinice, odbędzie się szkolenie praktyczne, prowadzone przez opiekuna grupy, w zakresie: higienicznego mycia rąk, higienicznej dezynfekcji rąk, zakładania rękawic medycznych niesterylnych jednorazowego użycia, bezpiecznego zdejmowania rękawic.**

**W okresie odbywania przeze mnie zajęć na terenie Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie przy wykorzystaniu baz danych Kliniki zobowiązuję się do nieujawniania, ani też przekazywania osobom trzecim żadnych informacji o charakterze poufnym, o których posiadałam/em wiedzę, lub które otrzymałam/em w trakcie opisanych powyżej zajęć.**

**Oświadczam, że zapoznałam się/em się z zasadami ochrony danych osobowych w Klinice i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Przyjmuję do wiadomości, że mogę przetwarzać wyłącznie dane udostępnione mi przez Klinikę w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych i zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych uzyskanych w związku z uczestnictwem w zajęciach i sposobów ich zabezpieczenia oraz do nieprzetwarzania tych danych w innych celach. Zachowanie tajemnicy obowiązuje mnie zarówno w czasie odbywania zajęć, jak i po ich zakończeniu, jak również po śmierci pacjenta, którego dane dotyczą. Zobowiązuję się dolożyć należytej staranności w celu ochrony danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.**

.....  
data

.....  
czytelny podpis studentki(ta)/praktykantki(ta)

## OŚWIADCZENIE

o zapoznaniu się z materiałami szkoleniowymi dla studentów/praktykantów z podstawowych zasad BHP, ochrony przeciwpożarowej oraz postępowania w razie pożaru, ochrony danych osobowych i zapobiegania zakażeniom przygotowanym przez Uniwersytecką Klinikę Stomatologiczną w Krakowie oraz obowiązującą w Klinice zasadą poufności polegającą na obowiązku zachowania w tajemnicy i nieujawniania na zewnątrz wszelkich informacji powziętych w związku z prowadzonymi na terenie Kliniki zajęciami.

Imię i nazwisko studentki(ta)/praktykantki(ta).....

Numer Albumu .....

Rok akademicki 20...../20.....

Nazwa uczelni/kierunek studiów .....

...**Oświadczam, że zapoznałam/em się z materiałem szkoleniowym** dostępnym na stronie internetowej Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie

**Ponadto zostałam(em) poinformowana/y, że na pierwszych zajęciach w Klinice, odbędzie się szkolenie praktyczne, prowadzone przez opiekuna grupy, w zakresie: higienicznego mycia rąk, higienicznej dezynfekcji rąk, zakładania rękawic medycznych niesterylnych jednorazowego użycia, bezpiecznego zdejmowania rękawic.**

**W okresie odbywania przeze mnie zajęć na terenie Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie przy wykorzystaniu baz danych Kliniki zobowiązuję się do nieujawniania, ani też przekazywania osobom trzecim żadnych informacji o charakterze poufnym, o których posiadałam/em wiedzę, lub które otrzymałam/em w trakcie opisanych powyżej zajęć.**

**Oświadczam, że zapoznałam się/em się z zasadami ochrony danych osobowych w Klinice i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Przyjmuję do wiadomości, że mogę przetwarzać wyłącznie dane udostępnione mi przez Klinikę w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych i zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy danych osobowych uzyskanych w związku z uczestnictwem w zajęciach i sposobów ich zabezpieczenia oraz do nieprzetwarzania tych danych w innych celach. Zachowanie tajemnicy obowiązuje mnie zarówno w czasie odbywania zajęć, jak i po ich zakończeniu, jak również po śmierci pacjenta, którego dane dotyczą. Zobowiązuję się dolożyć należytej staranności w celu ochrony danych osobowych przed przypadkowym lub niezgodnym z prawem zniszczeniem, utraceniem, zmodyfikowaniem, nieuprawnionym ujawnieniem lub nieuprawnionym dostępem.**

.....  
data

.....  
czytelny podpis studentki(ta)/praktykantki(ta)