



Załącznik nr 2 do Regulaminu Działania Pacjent Standaryzowany

OŚWIADCZENIE KANDYDATA

o spełnieniu kryteriów Regulaminu Działania Pacjent Standaryzowany

Ja niżej podpisany/a

zamieszkały(a)

.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym

wydanym przez

.....

Oświadczam, że jako uczestnik Działania Pacjent Standaryzowany:

1. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach z elementami badania fizykalnego przeprowadzonego przez studenta (np. dotyk, badaniu określonych części ciała, zdjęciu ubrań itp.).
2. Nie cierpię na żadne zaburzenia psychiczne.
3. Nie doświadczyłem/am traumy w swoim życiu, ani nie jestem w trakcie żałoby po stracie bliskiej osoby
4. Oświadczam iż mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy w charakterze Pacjenta Standaryzowanego.

.....

.....

(Miejscowość i data)

(podpis)