

Warszawa, dnia.....

## **Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP**

.....  
(Imię i nazwisko)

- 1) *zapoznanie się z przepisami regulującymi odbywanie przeszkolenia, ramowym programem oraz ze swoimi obowiązkami i uprawnieniami;*
- 2) *przestrzeganie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty określonych w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty oraz Zasadami etyki zawodowej fizjoterapeuty;*
- 3) *stosowanie się do wskazówek i poleceń opiekuna oraz kierownika komórki organizacyjnej w realizacji powierzonych zadań;*
- 4) *udzielanie świadczenia w zakresie fizjoterapii, zgodnie z ustalonym planem postępowania fizjoterapeutycznego, pod bezpośrednim nadzorem lub w porozumieniu z opiekunem przeszkolenia.*

(Zakres odpowiedzialności)

Instruktaż stanowiskowy przeprowadził:

.....  
(pieczęć i podpis Opiekuna przeszkolenia)

Potwierdzam przeprowadzenie instruktażu.

.....  
(data i podpis Kierownika komórki organizacyjnej)

Na podstawie §2.1. *Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy* (Dz. U. 180 poz. 1860) oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a i zapoznany/-a z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych czynności oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom w miejscu ich wykonywania.

Przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się przestrzegać:

- przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej,
- przepisów i zasad BHP obowiązujących w .....
- obowiązków oraz zadań na okoliczność zaistnienia wypadku lub pożaru.

.....  
czytelny podpis osoby zapoznanej z warunkami pracy