



Sosnowiec, dnia.....

.....
(Nazwisko i imię studenta/doktoranta/słuchacza)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(student/doktorant/słuchacz uczelni- jej nazwa)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że otrzymałem/am kserokopię dokumentacji medycznej zgodnie z wnioskiem uczelni/institutu:.....

.....
Nazwa szkoły wyższej/institutu badawczego

o udostępnienie dokumentacji medycznej z dnia w celu napisania pracy pt".....

.....
Tytuł pracy

o numerach KG/rok

...../...../...../...../...../...../...../...../.....
...../...../...../...../...../...../...../...../.....

z pobytu w oddziale: w okresie: od.....do.....

..... w okresie: od.....do.....

z leczenia w poradni :.....

.....
Wyszczególnić poradnię

w okresie od.....do.....

i obejmowała.....

(wyszczególnić rodzaj udostępnionej kserokopii dokumentacji (nr historii choroby, inna dokumentacja)

Zobowiązuję się zachowania w tajemnicy wszystkich powziętych z tej dokumentacji danych oraz wykorzystania kserokopii dokumentacji jedynie w celu napisania pracy j/w.

.....
Data i podpis odbierającego kopię dokumentacji medycznej