Załącznik nr 2 do Regulaminu Programu Pacjent Standaryzowany

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA**

**o spełnieniu kryteriów Regulaminu Programu Pacjent Standaryzowany**

Ja niżej podpisany\a ………………………………………………………………………….

zamieszkały(a) …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

legitymujący(a) się dowodem osobistym …………………………………………………..

wydanym przez ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

Oświadczam, że jako uczestnik Programu 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)