

**Załącznik nr 2**

do Zarządzenia nr 18/2024

Dyrektora Domu Pomocy Społecznej

w Gościeradowie z dnia 19 września 2024 r.

....., dnia .....

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(stanowisko pracy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem\* się z treścią **Procedury zgłoszeń wewnętrznych i podejmowania działań następczych w Domu Pomocy Społecznej w Gościeradowie**.  
Zobowiązuję się do przestrzegania zasad w nim określonych.

.....  
(podpis )

\* niepotrzebne skreślić