**Prohlášení studenta/stážisty**

Jméno, příjmení, titul: …………………….…..............................................……

Dat. narození: …………………….………..............................................…...

Trv. bytem: ……………………..............................................………………

dále jen **student/stážista**

**Já, níže podepsaný/á,** v souvislosti s výkonem odborné praxe/stáže, kterou vykonám se svolením a na základě Smlouvy o zabezpečení odborné praxe/stáže v ZZ Hospic Štrasburk o.p.s., na adrese Praha 8, Bohnická 12/57 v termínu od ……………………………………...do …………..………………………… .

**tímto prohlašuji**

a svým podpisem stvrzuji, že:

a) jsem byl/a seznámen/a se svými povinnostmi a konkrétní náplní mé odborné praxe/stáže,

b) jsem bezúhonný/á, nebylo a ani v současnosti není proti mně vedeno trestní stíhání pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, a ani jsem nebyl/a pro takový trestný čin v minulosti pravomocně odsouzen/a,

c) jsem zdravotně způsobilý/á k činnostem, jež tvoří náplň odborné praxe/stáže,

d) jsem řádně očkován/a proti infekčním nemocem v souladu s vyhl. č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, v platném znění,

e) jsem byl/a seznámen/a s předpisy v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci,

f) jsem byl/a seznámen/a se svou povinností zachovávat mlčenlivost dle obecně závazných právních předpisů o všech skutečnostech týkajících se osobních údajů a zdravotního stavu pacientů Hospicu Štrasburk  
a údajů ze zdravotnické dokumentace těchto pacientů; týká se všech pacientů a jejich údajů a dat, s nimiž se během odborné praxe/stáže seznámím,

g) jsem byl/a seznámen/a s právem nahlížet do zdravotnické dokumentace pacienta/ů pouze za podmínek stanovených zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění, a jen u pacientů určených pracovníky ZZ a výlučně se souhlasem těchto pacientů nebo jejich zákonných zástupců.

V Praze dne ………………………………………………

Podpis studenta/stážisty …………………………………………………….