*KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI,*

*BİLGİLENDİRME FORMU VE TAAHHÜTNAME*

*"Sağlık Bakanlığı’na bağlı Hastanelerde Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıklarla ilgili (HIV,HBS,HCV,SİFİLİS vb.) enfeksiyon kontrol (maske,eldiven vb.) önlemlerine uyacağıma stajımı devam ettirirken herhangi bir bulaşıcı hastalığa yakalanmam durumunda tüm adli ve idari sorumluğun tek başıma bana ait olduğunu* beyan ve taahhüt ederim.

Tarih :..../……. /2023

TAAHHÜT EDEN ÖĞRENCİNİN OKUL YETKİLİSİ

(Danışman Öğ.Gör.)

Adı-Soyadı : Adı-Soyadı:

Okul Numarası: Görevi:

İmza: İmza: