*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 her hangi bir bulaşıcı hastalığa yakalnmam durumunda tüm adli ve idari sorumluğun tek başıma bana ait olduğunu* beyan ve taahhüt ederim.

*TARİH ../../20..*

*TAAHHÜT EDEN OKUL YETKİLİSİ*

*ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI: ADI-SOYADI:*

*İMZA: GÖREVİ:*

*İMZA:*