

## ،، إقرار وتعهد ،،

أقر أنا الطالب المذكور اسمه أدناه بأنني قد تلقيت معلومات كافية عن طرق مكافحة العدوى والاحترازاآ الواجب اتخاذها للممارسين الصحيين، والتي قامت وحدة الامتياز في الكلية بتوفيرها أو تنسيقها مع الجهات ذات العلاقة قبل بداية سنة الامتياز.

وأتعهد باتخاذ كافة الاحترازاآ والاحتياطات الواجب اتخاذها في العمل الميداني لحماية نفسي وعائلتي وزملائي والمرضى الذين سأباشر حالاتهم.

وإنني إذ أقر وأتعهد بهذا، فإنني أخلي مسؤولية الكلية ووحدة الامتياز في حال تعرضي لا سمح الله لأي عدوى.

اسم الطالب الثلاثي /

الرقم الجامعي /

توقيع الطالب /