

....., dnia .....2021 r.  
Miejscowość

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż jestem:

- a) położną posiadającą dokument potwierdzający uprawnienie do pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb Programu profilaktyki raka szyjki macicy zgodnie z obowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych lub
- b) lekarzem specjalistą położnictwa i ginekologii lub
- c) lekarzem ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji) lub
- d) lekarzem specjalistą patomorfologii lub anatomii patologicznej lub
- e) diagnostą laboratoryjnym posiadającym tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadającym udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych\*

.....  
.....

(Podać rodzaj wykonywanej pracy oraz okres).

Posiadam doświadczenie w pracy w SIMP (Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki).

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)

\* zaznaczyć właściwe