



WARSZAWSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY

KATEDRA I ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ

.....
(miejscowość) (data)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż na własną odpowiedzialność będę uczestniczył/a w sekcji zwłok przeprowadzonej w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej WUM oraz zrzekam się wszelkich roszczeń cywilnych związanych z tym uczestnictwem.

Ponadto zobowiązuję się do zachowania tajemnicy odnośnie czynności związanych z prowadzonym postępowaniem przygotowawczym oraz wszelkich danych osobowych.

Przyjmuję także do wiadomości, iż jakakolwiek forma rejestrowania dźwięku i obrazu w czasie sekcji zwłok jest zabroniona.

Imię i nazwisko:

PESEL:

.....
(czytelny podpis)