

Wrocław,

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(stanowisko służbowe, komórka/jednostka organizacyjna)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a

.....
zatrudniony/a w ASP we Wrocławiu oświadczam, że zapoznałem/am się z Wewnętrzną Polityką Antymobbingową ASP we Wrocławiu i zobowiązuję się do przestrzegania jej postanowień.

.....
(czytelny podpis pracownika)