



Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego:

1. Imię i nazwisko
2. PESEL lub nr dokumentu tożsamości
3. Adres zamieszkania
4. Stosunek do małoletniego

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO BEZ OBECNOŚCI
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO) BĄDŹ
OPIEKUNA FAKTYCZNEGO***

Dla Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

.....
(Nazwisko i imię małoletniego pacjenta, PESEL/data urodzenia)

w dniu (data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego w/w pacjenta małoletniego.

.....
(miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego:

.....
(miejscowość, data, czytelny podpis pacjenta)

*zgoda nie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku dla pacjenta