UPOWAŻNIENIE

dotyczy zgody na przeprowadzenie badania lekarskiego z opiekunem, bez obecności rodzica, opiekuna ustawowego

Nazwisko i imię dziecka: ……

PESEL: | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania : ……

Upoważniam niżej wymienioną osobę do sprawowania opieki nad moim dzieckiem, w czasie badania lekarskiego w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. w Tarnowie. Jednocześnie upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka.

<u>Osoba upoważniona:</u>

Nazwisko i imię: ……

PESEL: | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania : ……

<u>Dane opiekuna ustawowego/rodzica *:</u>

Nazwisko i imię: ……

PESEL: | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania : ……

Telefon: ……

Zgoda jest ważna bezterminowo/ na okres od …… do……*.

Osoba upoważniona może udzielać dalszych upoważnień:

☐ **TAK** ☐ **NIE**

…… ……

data *podpis opiekuna ustawowego/rodzica*

MCM/ONR/302_1.2/2024 * niepotrzebne skreślić