



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W KATOWICACH
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY
41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a

Sekretariat fax 32 290 44 65
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66
rejestracja@womp.info
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy
KRS 0000040776
NIP 9542260742
REGON 270170649

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

1. Imię i nazwisko.....
2. Stopień pokrewieństwa do małoletniego.....

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego
(rodzica/opiekuna prawnego)**

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. w 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 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, pesel)

W dniu (data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego
(rodzica/opiekuna prawnego) ww. pacjenta małoletniego.

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

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

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