**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela**

**ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) bądź opiekuna faktycznego**

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub 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:

………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko małoletniego ucznia, pesel/data urodzenia)

w dniu (data usługi medycznej) …………………………….. bez obecności przedstawiciela ustawowego

(rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego ww. małoletniego.

………………………… ………………………………………………………..

(miejscowość, data) czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

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………………………………………………………………………………..