

Zgoda rodzica/opiekuna prawnego* na szczepienie osoby nieletniej, objętej świadczeniami zdrowotnymi zapisanymi w „Powiatowym Programie Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego (HPV) na lata 2020 - 2024”

Ja,
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*)

zam.
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*
na zaszczepienie mojego dziecka/podopiecznego*

..... **PESEL**.....
(imię i nazwisko dziecka)

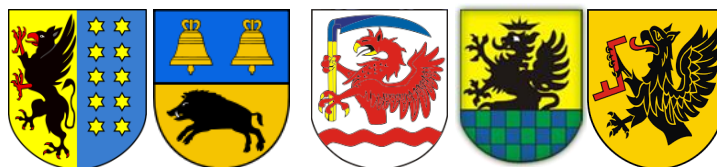
ucznia
(nazwa i adres szkoły)

szczepionką (2 dawki) przeciw wirusowi HPV, każdorazowo po pozytywnym zakwalifikowaniu przez lekarza pediatrę.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić



Program finansowany ze środków budżetowych Powiatu Bytowskiego, Gminy Borzytuchom, Gminy Miastko, Gminy Parchowo i Gminy Studzienice