Miejscowość: ....., dnia ..... r.

UPOWAŻNIENIE

1. DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

.....

PESEL opiekuna: .....

Seria i nr dowodu osobistego: .....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu kontaktowego:

.....

2. DANE MAŁOLETNIEGO DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:

.....

PESEL dziecka: .....

Data urodzenia: .....

3. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ (OSOBY TRZECIEJ)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

.....

PESEL: .....

Seria i nr dowodu osobistego: .....

Stopień pokrewieństwa / relacja z dzieckiem (np. babcia, ciocia, opiekunka):

.....

Jako rodzic / opiekun prawny wyżej wymienionego małoletniego dziecka, niniejszym **UPOWAŻNIAM** wskazaną osobę do:

1. Obecności przy świad zdrowotnych (badaniach profilaktycznych, diagnostycznych, konsultacjach lekarskich oraz rutynowych zabiegach) udzielanych małoletniemu.
2. Podejmowania decyzji dotyczących bieżących, podstawowych procedur medycznych wynikających bezpośrednio z przebiegu badania.

☐ **Upoważnienie jednorazowe:** ważne w dniu ..... w placówce .....

.....

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego