

## ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

**Ja** ..... nr PESEL: .....,  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: ..... seria: ..... nr: .....,  
(nazwa dokumentu tożsamości)

**oświadczam**, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym\*:

.....  
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur. ...., nr PESEL: .....

i wyrażam zgodę na wizyty lekarskie z zakresu udzielania świadczeń z medycyny pracy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich

.....  
Miejscowość data

.....  
podpis składającego oświadczenie

\* *niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)*