

.....  
Pieczęć WOMP CP-L  
w Lublinie

### Oświadczenie

#### 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 (ojciec, matka, babcia, dziadek).....

#### **Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) bądź opiekuna faktycznego\* /badania uczniów, kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych/**

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 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 5 grudnia 2022 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców

.....  
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, pesel/data urodzenia)

bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) lub opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

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

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

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

\*zgoda nie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku dla pacjenta  
\*opiekun faktyczny – osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny opieki takiej wymaga