OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO / USTAWOWEGO /FAKTYCZNEGO SPRAWUJĄCEGO OPIEKĘ NAD OSOBĄ NIEZDOLNĄ DO WYRAŻENIA ŚWIADOMEJ ZGODY NA DZIAŁANIA MEDYCZNE / OSOBY NIEZDOLNEJ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem rodzicem – opiekunem prawnym/opiekunem ustawowy lub osobą sprawującą opiekę podczas wykonywania świadczenia medycznego niżej wskazanej osoby:

Imię: ……

Nazwisko: ……..

Data urodzenia:…… PESEL ……

Oświadczam, że nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji związanych ze sprawowaniem opieki nad małoletnim, oraz że znane mi są konsekwencje prawne poświadczenia nieprawdy.

LEGITYMUJĄCY/CA SIĘ DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI RODZAJ/SERIA I NUMER:
……

……

data, godzina i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego/ opiekuna faktycznego

……
data, pieczęć i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

– – – –