



ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*

NA BADANIA KANDYDATÓW DO SZKÓŁ, UCZNIÓW TYCH SZKÓŁ (...)

W MOŚCICKIM CENTRUM MEDYCZNYM SPÓŁKA Z O.O.

UL. E. KWIATKOWSKIEGO 15, 33-101 TARNÓW

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mojego/mojej* syna/córki*

.....
imię i nazwisko dziecka

o nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zamieszkałego/ej* w

.....
adres zamieszkania dziecka

badan lekarskich profilaktycznych wraz z niezbędnymi dodatkowymi badaniami oraz konsultacjami specjalistycznymi, wynikającymi z rodzaju narażenia jako kandydata/kę* do szkół ponadpodstawowych lub jako ucznia/uczennicę* tych szkół, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia w sposób ustalony przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 1651) w Mościckim Centrum Medycznym Spółka z o.o. przy. ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów.

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

.....

Seria i nr dowodu osobistego rodzica/opiekuna prawnego*

.....

.....
Miejscowość, data

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

*skreślić niepotrzebne dane