



**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 ponadgimnazjalnych 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 2014 poz. 1144) 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*