

OŚWIADCZENIE

CENTRUM MEDYCZNE
35-055 Rzeszów, ul. Szopena 1
PRZYCHODNIA MEDYCyny PRACY
al. T. Rejtana 53, 35-326 Rzeszów
tel. 17 865 20 01



*Na podstawie § 8 pkt. 3 Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, jak również na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849) dotyczących **wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego***

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na poniżej wskazane badanie:

*Badania osób młodocianych są realizowane w Poradni Medycyny Pracy w zakresie: **zdobycia uprawnień do prowadzenia pojazdów silnikowych, *) praktycznej nauki zawodu, *) zatrudnienia pracowników młodocianych, *) uzyskania uprawnień/kwalifikacji, *) inne***

.....
.....
.....
(Imię i nazwisko, data urodzenia / PESEL osoby małoletniej)

.....
(adres zamieszkania)

....., dn.
(miejscowość)

.....
*(numer dowodu osobistego i czytelny podpis Rodzica / opiekuna
prawnego osoby małoletniej)*