

....., dnia ..... roku

Imię i Nazwisko rodzica: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Email: ..... Tel: .....

*(podanie adresu email oraz nr telefonu jest dobrowolne, a ich podanie traktowane jest jako zgoda na ich przetwarzanie w celu realizacji wniosku, w tym kontaktu w sprawach z nim związanych)*

### **Oświadczenie rodzica dziecka do ukończenia przez nie 18 roku życia**

(wypełniane w przypadku braku metryki urodzenia dziecka)

Ja, niżej podpisana/podpisany

1. Oświadczam, że jestem rodzicem małoletniego dziecka

.....

*(imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL dziecka)*

2. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam\* pełni praw rodzicielskich

.....

*czytelny podpis składającego oświadczenie*

3. W przypadku ograniczenia władzy rodzicielskiej zobowiązuję się do przedłożenia orzeczenia sądu w sprawie przyznanego zakresu władzy rodzicielskiej

.....

*czytelny podpis składającego oświadczenie*

*Podanie powyższych danych osobowych jest obowiązkowe w celu weryfikacji Pani/Pana prawa do otrzymania dokumentacji medycznej wskazanego pacjenta. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w szczególności na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści.*

*\* niewłaściwe skreślić*