

zał. nr 3.

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO*

1. Dane oświadczającego:

Imię i nazwisko:
PESEL:

2. Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym (wybrać właściwe):

Imię i nazwisko pacjenta :
PESEL:

3. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data i czytelny podpis składającego oświadczenie/członka personelu odbierającego oświadczenie o upoważnieniu w przypadku udzielenia upoważnienia w formie innej niż pisemna

4. Zgoda składającego oświadczenie

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia tożsamości, w celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis składającego oświadczenie

* oświadczenie stanowi wyłącznie wzór, który może być dobrowolnie wykorzystany przez pacjenta; dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej nie jest wymagane złożenie oświadczenia w formie zaproponowanej przez Szpital