

**FORMULARZ ZGODY
NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV**

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego

Adres zameldowania dziecka na pobyt stały

(Kod pocztowy, miasto)

.....

(Ulica, Nr domu i mieszkania)

Przynależność do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

.....

(Nazwa placówki zdrowia i jej adres)

Wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia

(Imię i nazwisko dziecka)

przeciwko zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego HPV typu 16 i 18,

w ramach realizowanego programu finansowanego z budżetu Gminy Myślibórz.

**Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny zostałem/zostałam zapoznany/
zapoznana z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz o ich celowości,
działaniu i ewentualnych następstwach podania szczepionki.**

.....
(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)