



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W KATOWICACH
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
40-008 Katowice, ul. Warszawska 42

Sekretariat tel./fax 32 259 88 59
sekretariat@womp.info
www.womp.info

Sąd Rejonowy w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy
KRS 0000040776
NIP 9542260742
REGON 270170649

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego:

1. Imię i nazwisko

**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego
dla małoletniego, który ukończył 16 lat**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 grudnia 2022 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

.....

(imię i nazwisko osoby małoletniej, pesel)

.....

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego oraz osoby badanej)