

.....  
Miejscowość data

Dotyczy:

.....  
Imię i nazwisko dziecka

.....  
Data urodzenia

.....  
Nazwa i adres placówki

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO  
OBOWIĄZUJĄCE NA CZAS POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na proponowane leczenie, leczenie szpitalne, zabiegi medyczne lub operacje, konieczne dla zdrowia i życia dziecka.

Upoważniam pracowników merytorycznych Placówki do podejmowania w moim imieniu działań koniecznych, związanych z ochroną zdrowia i życia dziecka oraz składania podpisów w moim imieniu w sprawach z tym związanych.

Upoważniam pracowników merytorycznych Placówki do wglądu i odbioru dokumentacji medycznej dziecka.

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

Stwierdzam własnoręczność podpisu:

.....  
Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor PCPR w Oświęcimiu z siedzibą Oświęcim, ul. Gen. J. Bema 4, 32-600 Oświęcim oraz o przysługujących mi na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 r. (tj. : Dz.U. 2002 nr 101, poz. 926 ze zm.) uprawnieniach, w tym o prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz o prawie ich poprawiania. Oświadczam również, że podałam/em moje dane osobowe dobrowolnie

.....  
Data, podpis rodzica/opiekuna prawnego

