Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące szczepienia przeciw HPV

Oświadczam, że moje dziecko[1]:

☐ nie było szczepione przeciw HPV

☐ otrzymało pierwszą dawkę szczepionki **Cervarix/GardasilS**[2] przeciw HPV

w dniu.....

(Należy wskazać datę szczepienia)

.....

(Data i czytelny podpis)

Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV

Ja .....

(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....

(Imię i nazwisko osoby małoletniej)

.....

(Adres zamieszkania osoby małoletniej)

.....

(PESEL osoby małoletniej lub w przypadku braku PESEL rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości)

i wyrażam zgodę na szczepienie ww. osoby małoletniej przeciw HPV.

.....

(Data i czytelny podpis)

---

[1] Zaznacz właściwe

[2] Zaznacz właściwą nazwę szczepionki

Deklaracja przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania szczepienia szczepionką[1]:

a. Gardasil 9
b. Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem[1].

Wyrażam/nie wyrażam[1] zgodę(y) na szczepienie dziecka bez mojej obecności.

.....
(Data i czytelny podpis)

[1] Podkreśl właściwe.