**WNIOSEK O PRZEKAZANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko:……………………….……………………………………………………….

Adres zamieszkania:…………………………………………..……………………………….. Telefon kontaktowy ……………………………………………………………….…………...

1. DANE UCZNIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko: ………………………………………………….…………………………. PESEL: ……………………………………………………………..…….………………….. Klasa:…………………… …………………………………………………..……………….

1. ADRES DO WYSYŁKI DOKUMENTACJI UCZNIA (placówka POZ / szkoła): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

*(proszę podkreślić właściwe)*

* wniosek składa rodzic lub opiekun prawny ucznia, który niniejszym oświadcza, iż jest rodzicem lub opiekunem prawnym ucznia;
* wniosek składa osoba upoważniona przez rodzica lub opiekuna prawnego ucznia (należy dołączyć do wniosku oryginał upoważnienia).
1. OŚWIADCZENIE

*Oświadczam, że rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej. Art. 27 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U.2019.1078).*

………………………………………………

*(data i podpis wnioskodawcy)*