

1. sz. melléklet a/2010. (.....) önkormányzati rendelethez

K É R E L E M

A méhnyakrák elleni védőoltás biztosítására

A kérelmező¹:

Neve:.....születési név:

Születési hely:születési idő:

Anyja neve:

Bejelentett állandó lakóhely²:

Személyi igazolvány száma:

Telefonszáma: munkahely:

A beoltatandó gyermek:

Neve:.....

Születési hely:születési idő:

Anyja neve:

Bejelentett állandó lakóhely³:

TAJ száma:

Házi gyermekorvos neve:

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott(név⁴) szülői felügyeleti joggal rendelkező szülő/gyám⁵,

és

Név:.....születési név:

Lakcím: szig. szám:

szülői felügyeleti joggal rendelkező szülő

mint(gyermek neve) nevű gyermekek törvényes képviselője kérem/kérjük, és hozzájárulok/hozzájárulunk ahhoz, hogy a HPV védőoltást a fent megjelölt gyermek részére beadják.

N a g y a t á d, 20....év.....hó.....nap

.....
törvényes képviselő aláírása

.....
törvényes képviselő aláírása

¹ Szülői felügyeleti jogot gyakorló szülő – gyámolt esetében a gyám -

² Személyi adat és lakcímnnyilvántartás alapján

³ Személyi adat és lakcímnnyilvántartás alapján

⁴ A kérelmező törvényes képviselő neve

⁵ A megfelelő aláhúzendó