

Tarnowskie Góry,.....

.....  
Imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej / PESEL dziecka /

.....  
(numer telefonu kontaktowego do rodzica/opiekuna)

### ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody \* na uczestnictwo

.....  
(imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej )  
w programie polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)  
miasta Tarnowskie Góry” w 2021r. poprzez wykonanie szczepień przeciwko rakowi szyjki macicy (HPV)

.....  
(imię i nazwisko oraz podpis rodzica/opiekuna  
prawnego uczestnika programu)

\* niepotrzebne skreślić

Tarnowskie Góry,.....

.....  
Imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej / PESEL dziecka /

.....  
(numer telefonu kontaktowego do rodzica/opiekuna )

### ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody \* na uczestnictwo

.....  
(imię i nazwisko uczestnika programu polityki zdrowotnej )  
w programie polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)  
miasta Tarnowskie Góry” w 2021r. poprzez wykonanie szczepień przeciwko rakowi szyjki macicy (HPV)

.....  
(imię i nazwisko oraz podpis rodzica/opiekuna  
prawnego uczestnika programu)

\* niepotrzebne skreślić