

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

wyrażające zgodę na leczenie dziecka

1. Ja niżej podpisany/a składam skierowanie do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży będącego jednostką organizacyjną Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnego „Pałac Kamieniec” sp. z o. o., w imieniu mojego dziecka/ podopiecznego*):

.....

data urodzenia W
(miejsce urodzenia)

PESEL.....

zam.....

z prośbą o przyjęcie oraz wdrożenie leczenia, na które wyrażam zgodę.

2. Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka (rodzic, opiekun prawny, inna uprawniona osoba bądź instytucja)** i przedstawione w oświadczeniu dane są zgodne z prawdą pod groźbą odpowiedzialności karnej z art. 271 lub 272 kk.

imię i nazwisko/lub/i Nazwa instytucji.....

data urodzenia

PESEL/NIP.....

zam./siedziba instytucji

.....

telefon kontaktowy

.....
(data i czytelny podpis przedstawiciela/i ustawowego/ych)

*) niepotrzebne skreślić

**) niepotrzebne skreślić. Należy dołączyć stosowny dokument potwierdzający posiadane uprawnienia (Postanowienie Sądu, Zaświadczenie Sądu)