

Miejscowość..... dnia.....

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego
na szczepienie osoby nieletniej objętej świadczeniami**

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka

..... PESEL dziecka.....
(imię i nazwisko dziecka)

trzema dawkami szczepionki przeciw wirusom HPV (6,11,16,18,31,33,45,52,58), odpowiedzialnym między innymi za raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy, raka odbytnicy oraz brodawki płciowe.

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(czytelny podpis rodzica opiekuna prawnego)

*Program Profilaktyki Zakażeń Wirusem Brodawczaka Ludzkiego HPV na lata 2021-2022
finansowany z budżetu Urzędu Miasta Kętrzyna.*

