

.....  
Miejscowość i data sporządzenia wniosku

# Wniosek o przekazanie dokumentacji medycznej

## 1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy .....

## 2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

Klasa: .....

## 3. ADRES DO WYSYŁKI DOKUMENTACJI UCZNIA ( nazwa szkoły/placówka POZ):

.....  
.....  
.....

## 4. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

(proszę podkreślić właściwe )

- wniosek składa uczeń, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy ucznia, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym ucznia
- Wniosek składa właściwie umocowany przedstawiciel przedstawiając podstawę umocowania w szczególności Pełnomocnictwo

## 5. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej. (zgodnie z rozdziałem 7 art.27 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece nad uczniami Dz.U 2019, poz.1078) z póź. zm.

.....  
( data i podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

Data wysłania dokumentacji.....

Podpis.....