

### **Formularz zgłoszenia osoby uchylającej się od obowiązku szczepień ochronnych**

**Dane osoby podlegającej szczepieniu ochronnemu:**

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia, PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych dziecka wraz z adresem zamieszkania:

.....

.....

Numery kontaktowe:.....

Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych:.....

.....

Rodzaj szczepienia, którego dotyczy odmowa:.....

.....

Rodzaj działań, jakie podmiot leczniczy podjął w celu zmiany decyzji (w tym data ostatniego wezwania na szczepienie):.....

.....

pieczętka i podpis osoby zgłaszającej

### **Formularz zgłoszenia osoby uchylającej się od obowiązku szczepień ochronnych**

**Dane osoby podlegającej szczepieniu ochronnemu:**

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia, PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów prawnych dziecka wraz z adresem zamieszkania:

.....

.....

Numery kontaktowe:.....

Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych:.....

.....

Rodzaj szczepienia, którego dotyczy odmowa:.....

.....

Rodzaj działań, jakie podmiot leczniczy podjął w celu zmiany decyzji (w tym data ostatniego wezwania na szczepienie):.....

.....

pieczętka i podpis osoby zgłaszającej