

.....
/imię i nazwisko opiekuna prawnego/

....., dnia.....roku
/miejscowość/

.....
/adres zamieszkania/

.....
/telefon kontaktowy/

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, legitymująca/y się dowodem osobistym serii.....nr.....
wyrażam / nie wyrażam* zgodę na podejmowanie decyzji związanych z niezbędnym leczeniem,
hospitalizacją oraz zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego
podopiecznego, będącego pod opieką
pracowników Specjalnego Ośrodka Wychowawczego im. św. Alojzego Orione w Kaliszu.

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić