

## NYILATKOZAT

(gyermekvédelmi kedvezményben nem részesülő 1997-ben született kiskorú esetén)

Alulírott.....(törvényes képviselő neve)

Születési idő: .....év.....hó.....nap

Lakcíme:.....

Telefon\*:..... e-mail cím:\*

Gyermek neve:.....

Születési helye, ideje.....

Gyermek állandó lakcíme:.....

Szülője (törvényes képviselője) igazolom, hogy a Humán Papilloma Vírus okozta méhnyakrák és nemi szervi szemölcsök elleni oltóanyaggal történő védőoltásról és annak felhasználásáról szóló fenti felvilágosítást a jelen nyilatkozatom aláírása előtt megértettem és tudomásul vettem.. Egyben kijelentem, hogy a védőoltás szülői önrész összegét 5.000.-Ft-ot az Önkormányzat számlájára, az erre a célra biztosított csekken megfizetem.

Mindezen felvilágosítások és információk alapján kérem, és hozzájárulok ahhoz, hogy a védőoltást a gyermekem:

.....(név).....(születési idő)

részére beadják.

Egyben kötelezettséget vállalok arra, hogy a teljes oltási sorozat beadását –amely 3 részoltásból áll – lehetővé teszem gyermekem számára a házi gyermekorvos által megadott helyen és időben.

Tudomásul veszem, hogy csak egy vagy két részoltás beadása esetén az oltóanyag költségét (3 db gyógyszerári ára kb. 90.000 Ft) meg kell térítenem, mivel az önkormányzat csak abban az esetben biztosítja azt gyermekem számára kedvezményesen amennyiben a teljes védettség kialakulásához szükséges mindhárom részoltás beadásra kerül.

**Házi gyermekorvos neve:**

**A gyermek orvos pecsétje:**

rendelőjének címe\*:.....

orvos rendelőjének telefonszáma\*:

rendelési ideje\*:

Megjegyzés: A \* jelölt részeket csak abban az esetben kell kitölteni, ha nem kerületi háziorvosa van a gyermeknek

Iskola neve:

Budapest, .....év.....hó .....nap.

.....

törvényes képviselő aláírása