

.....
.....
Nazwa i adres podmiotu leczniczego

Dane dziecka Imię Nazwisko data urodzenia PESEL	Adres miejsca zamieszkania	Rodzaj i liczba niewykonanych szczepień obowiązkowych wraz ze wskazaniem przyczyn niewykonania	Dane rodziców/opiekunów prawnych Imię i Nazwisko PESEL Adres miejsca zamieszkania (z kodem pocztowym)		Imię i Nazwisko lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną
			Matka	Ojciec	

data sporządzenia

sporządził
(pieczętka i podpis)

zatwierdził
(pieczętka i podpis)

UWAGA: Za osoby uchylające się od obowiązku szczepień ochronnych przyjmuje się te osoby, które nie wykonały obowiązku poddania się szczepieniom w terminach wezwań przez lekarza POZ (kontraktującego profilaktyczne świadczenie zdrowotne w ramach NFZ), nie przedstawiły zaświadczenia o wykonaniu szczepień spełniających kryteria dla wykonania tego obowiązku, u których nie stwierdzano przeciwwskazań stanowiących podstawę do odroczenia wykonania szczepienia
TERMINY: Sprawozdanie należy sporządzić do 30 dni od zakończenia kwartału i przekazać państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu.