

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Bydgoszczy
ul. Kościuszki 27
85 - 079 Bydgoszcz**

Formularz zgłoszenia

Przychodnia zgłasza osobę uchylającą się od wykonania obowiązku szczepień wynikającego z art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b, art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi:

I. Dane dziecka:

- 1. Imię i nazwisko dziecka
- 2. Data urodzenia i nr PESEL
- 3. Miejsce zamieszkania

II. Dane rodziców:

- 1. Matka (imię, nazwisko, nr pesel, adres).....
.....
- 2. Ojciec (imię, nazwisko, nr pesel, adres).....
.....

III. Informacja o szczepieniach niewykonanych:

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

IV. Informacja o działaniach podjętych przez podmiot (daty zawiadomień o terminach szczepień telefonicznych i pisemnych, informacje o przeprowadzonych wizytach kwalifikacyjnych, wizytach pielęgniarki środowiskowej)

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

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

V Dodatkowe informacje istotne dla prowadzonego postępowania

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

Załączniki – kserokopie):

- 1. Karta uodpornienia TAK/NIE*
- 2. Oświadczenie o odmowie szczepień TAK/NIE*
- 3. Dokumenty potwierdzające powiadomienie o szczepieniu TAK/NIE*
- 4. Inne dokumenty (wymienić jakie) TAK/NIE*
.....

Podpis osoby odpowiedzialnej

*niepotrzebne skreślić