………………………………………………..

Pieczątka podmiotu wykonującego (miejscowość i data)

 działalność leczniczą

Państwowy Powiatowy

Inspektor Sanitarny w Złotowie

ul. Michała Hubego 1/1

77-400 Złotów

**Formularz zgłoszenia osób uchylających się od obowiązku wykonania**

**szczepień ochronnych**

**Dane osoby podlegającej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu :**

Imię i nazwisko :

…………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia, PESEL :

…………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane rodziców/opiekunów prawnych uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych \*:**

**MATKA/** Opiekunka prawna

Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia, PESEL :

………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OJCIEC/** Opiekun prawny

Imię i nazwisko :

…………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia, PESEL :

…………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Brakujące szczepienia obowiązkowe :(**jakie szczepienie, która dawka)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych:**( zaznaczyć)

· Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna

· Wpływ ruchów antyszczepionkowych

· Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną

· Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej

· Inna przyczyna( opisać, jeśli wiadomo)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Działania podjęte przez placówkę w celu zmiany decyzji zobowiązanego:** (opisać jakie)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Data ostatniego wezwania na szczepienie :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Złożone oświadczenie świadomej odmowy szczepienia obowiązkowego z podpisami obojga**

**rodziców/opiekunów :** ( zaznaczyć)

**.** tak

**.** nie

**Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia : (**stwierdza przeciwwskazania , lub nie

stwierdza przeciwwskazań)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Inne uwagi :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

……………………………………………..

 Pieczątka i podpis lekarza

**Załączniki :**

\*nie dotyczy w przypadku uchylania się osoby pełnoletniej