

*(Pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą)*

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Wieluniu
ul. POW 14
98-300 Wieluń**

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:

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

Załączniki:

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

.....
(Pieczętka i podpis lekarza)

*nie dotyczy w przypadku uchylania się osoby pełnoletniej