*N y i l a t k o z a t*

*RotaTeq oltóanyag beadásához történő hozzájárulásról*

Alulírott

szülő /törvényes képviselő adatai:

* név: ……………………………………………………………………………….
* születési hely, idő: ………………………………………………………………….
* lakcím: …………………………………………………………………………….
* elérhetőség:…………………………………………………………………………,

mint

gyermek adatai:

* név: ………………………………………………………………………………….
* születési hely, idő: ....………..………………………………………………………
* anyja neve: …………………………………………………………………………..
* lakcím: ……………………………………………………………………………..

szülője (törvényes képviselője) a RotaTeq védőoltásról rendelkezésemre álló információk alapján[[1]](#footnote-1)

 hozzájárulok ahhoz, hogy Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzata által, térítésmentesen biztosított RotaTeq védőoltást (teljes oltási sorozat) gyermekem megkapja.

Jelen nyilatkozat aláírásával vállalom, hogy a védőoltásokat az oltási sorozat megkezdése esetén igénybe fogom venni.

Házi gyermekorvos neve: ……………………………………………………………………….

Telefonszáma: …………………………………………………………………………………

 nem járulok hozzá, hogy Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzata által, térítésmentesen biztosított RotaTeq védőoltást (teljes oltási sorozat) gyermekem megkapja..

Szolnok, ...........................................

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

 szülő / törvényes képviselő aláírása

1. A megfelelő részt kérem, X-szel jelölje meg. [↑](#footnote-ref-1)