

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
ul. Mokra 17 Kajetany, 05 – 830 Nadarzyn

**Zgoda przedstawiciela ustawowego
(rodzica/ opiekuna prawnego)
na wykonanie badań w Kapsule Badań Zmysłów osoby małoletniej
(od 7 do 18 roku życia)**

Dane osoby małoletniej:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dane przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Stopień pokrewieństwa:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie badań w Kapsule Badań Zmysłów z *moją obecnością/ bez mojej obecności** u

(imię i nazwisko)

**Wyznaczenie osoby towarzyszącej w przypadku braku obecności przedstawiciela
ustawowego osoby małoletniej poniżej 10 roku życia podczas badania
w Kapsule Badań Zmysłów**

Jako osobą towarzyszącą w badaniu wyznaczam:

Dane osoby towarzyszącej osobie małoletniej poniżej 10 roku życia:

Imię i nazwisko:

PESEL:

.....

data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić