……..
(miejscowość, data)

……..
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……
(adres zamieszkania)

……
(adres zamieszkania)

…..……..……
(podmiot, do którego kierowane jest oświadczenie)

……
(adres)

……
(adres)

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym *(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)* ……..……. oświadczam, iż wyrażam zgodę na podanie dziecku *(imię i nazwisko dziecka)* ……. PESEL …….. tabletki Jodek Potasu TZF 65mg w ilości wskazanej odpowiednio do wieku dziecka (dzieci poniżej 3 roku życia - ½ tabletki; dzieci od 3 do 12 lat – 1 tabletka; dzieci powyżej 12 roku życia – 2 tabletki) przez pracownika *(podmiot, do którego kierowane jest oświadczenie)* …… ……. w sytuacji wystąpienia zagrożenia skażenia radioaktywnym jodem na terenie Gminy Wyrzysk.

Jednocześnie oświadczam, iż nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne do podania ww. tabletki. Jeżeli po złożeniu niniejszego oświadczenia wystąpią okoliczności powodujące przeciwwskazania zdrowotne do podania tabletki, zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia w terminie 2 dni od powzięcia informacji.

……
(czytelny podpis – imię i nazwisko)