Krosno, dn…………………………

Upoważnienie

Ja niżej podpisany(a)…………………………………., legitymujący(a) się dowodem osobistym/ paszportem…………………………………. upoważniam…………………………………………………..legitymującym(ą) się dowodem osobistym/ paszportem ………………………………………. do:

* podejmowania w moim imieniu wszelkich decyzji dotyczących opieki medycznej, w tym do podejmowania decyzji o rozpoczęciu, zaprzestaniu lub odmowie leczenia zdiagnozowanych przypadłości fizycznych lub umysłowych, w przypadku gdy ze wzglądu na swój stan zdrowia wskazanych wyżej decyzji nie mogę podjąć samodzielnie;
* uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i wglądu na dokumentacji medycznej;
* przekazania informacji dotyczących mojego stanu zdrowia moim rodzicom.

Poniższe upoważnienie obejmuje także podejmowanie wszelkich decyzji związanych z moim pobytem w Zespole Placówek Oświatowych w Krośnie, w tym do:

* rezygnacji z pobytu w placówce;
* dostępu do mojego pokoju;
* zabrania moich rzeczy osobistych z pokoju po rezygnacji z pobytu w placówce;

Oświadczam, że osobą upoważnioną do kontaktu jest ………………………………………………. Proszę się z nią kontaktować we wszelkich sprawach związanych z moją osobą pod nr telefonu …………………………………..

…………………………………………………………………………………..