

..... SU

Il sottoscritto:

Nome e cognome:

.....

Indirizzo:

..... ..

Essere un genitore / tutore legale di un bambino:

Nome e

cognome:

PESEL:

Indirizzo:

..... ..

In caso di lesioni o malattie improvvise del mio figlio durante il suo soggiorno presso il Campus Sportivo di in Italia consento l'esame medico, le procedure diagnostiche e terapeutiche, incluse le procedure invasive secondo le attuali conoscenze mediche. In particolare, accetto l'ospedalizzazione, i laboratori e gli esami radiologici e le medicine.

In situazioni in cui il ritardo nel trattamento può causare pericolo di vita o significativo compromissione della salute, accetto di eseguire interventi chirurgici sotto anestesia locale, regionale o generale.

Autorizzo dunque il dottore No

PWZ

di decidere in merito alle modalità di trattamento medico per il mio figlio nelle circostanze e di firmare per conto mio i documenti pertinenti richiesti dai fornitori di assistenza medica in Italia.

..... ..

firma del genitore / tutore legale

.....dnia.....

Ja niżej podpisany:

Imię i nazwisko: .

.....
.....

Adres:

.....
.....

będąc rodzicem / opiekunem prawnym dziecka:

Imię i nazwisko: .

.....
.....

PESEL:

Adres:

.....
.....

w przypadku zaistnienia urazu lub nagłego zachorowania mojego dziecka w czasie pobytu na Obozie Sportowym w we Włoszech wyrażam zgodę na badanie lekarskie, wykonanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych, w tym inwazyjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W szczególności wyrażam zgodę na hospitalizację, wykonanie badań laboratoryjnych oraz obrazowych (radiologicznych) oraz podanie leków.

W sytuacji, gdy opóźnienie leczenia może spowodować zagrożenie życia lub istotne pogorszenie stanu zdrowia wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegów operacyjnych w znieczuleniu miejscowym, regionalnym lub ogólnym.

Niniejszym upoważniam dr nr PWZ

.....

do podejmowania decyzji o sposobie postępowania medycznego w stosunku do mojego dziecka w ww okolicznościach oraz do podpisania w moim imieniu stosownych dokumentów wymaganych przez podmioty świadczące opiekę medyczną we Włoszech.

.....

podpis rodzica / opiekuna prawnego

