

IZJAVA O PRIVOLITVI V CEPLJENJE

Ime in priimek starša oz. skrbnika: _____

Ime in priimek otroka: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Strinjam se z medicinskim posegom oz. zdravstveno oskrbo, opisano v informaciji o cepljenju na spletni strani NIJZ. Dovoljujem cepljenje otroka proti virusu COVID-19.

Privolitev o cepljenju za otroka dajem svobodno. Razumem pomen in posledice privolitve. Razumem prejeta ustna pojasnila.

IME CEPIVA, NAČIN APLIKACIJE:

COMIRNATY (mRNA cepivo proti COVID-19), I.M. aplikacija.

Slovenska Bistrica , _____

Podpis (za otroke podpis starša/skrbnika):