

Главному врачу СПБ ГБУЗ «Городская
поликлиника №76» О.В.Алешко

от _____

(ФИО представителя)

законного представителя несовершеннолетнего

(ФИО несовершеннолетнего)

действующего на основании

(свидетельство о рождении ребенка, либо иной документ, подтверждающий полномочия)

серия _____ № _____

дата выдачи _____

(кем выдан)

СНИЛС ребенка № _____

полис ОМС ребенка № _____

Адрес регистрации: _____

Телефон родителя _____

Заявление

Прошу провести вакцинацию, предусмотренную приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, _____

(ФИО полностью,

несовершеннолетн-ей(его) в возрасте от 12 до 17 лет, дата рождения)

законным представителем которого(й) я являюсь.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» профилактические прививки проводятся при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей либо иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет, а старше указанных возрастов самим несовершеннолетним в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю, что перед проведением вакцинации медицинскому работнику должна быть предоставлена вся подробная информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего, наличии аллергии, жалоб и других необходимых данных анамнеза (включая эпидемиологический).

Я подтверждаю, что предупрежден(а) о возможных поствакцинальных осложнениях и ознакомлен(а) с памяткой с информационным материалом пациента о проведении вакцинации против COVID-19.

Дата _____

подпись _____