**OŚWIADCZENIE**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE UCZNIOWI PEŁNOLETNIEMU TABLETEK JODKU POTASU**

**W I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM Z ODDZIAŁAMI DWUJĘZYCZNYMI IM. JANA DŁUGOSZA W NOWYM SĄCZU.**

**(nazwa szkoły)**

Imię i nazwisko ucznia szkoły.................................................................................. klasa………………

Data urodzenia .......................................................

Stosowne zaznaczyć krzyżykiem:

**□ TAK**, wyrażam zgodę na podanie w szkole pod nadzorem pielęgniarki lub osoby wykonującej zawód medyczny, tabletki jodku potasu w przypadku zagrożenia radiacyjnego ogłoszonego przez podmiot uprawniony .  
Potwierdzam, że nie są mi znane żadne niezgodności i przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu przeze mnie.

Biorę pełną odpowiedzialność za podanie jodku potasu przez osoby wyznaczone w szkole w momencie zagrożenia radiacyjnego.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z ulotką informacyjną dla użytkowników produktu Jodek potasu G.L. Pharma zamieszczoną na stronie internetowej szkoły i są mi znane zalecenia i przeciwwskazania do przyjęcia leku.

**□TAK**, wiem, że w każdej chwili mogę korzystając z tego druku „Oświadczenia”, wycofać zgodę na podanie mi jodku potasu.

**□ NIE**, nie wyrażam zgody.

………………………………………………………………..

(data i czytelny podpis ucznia pełnoletniego)