

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A vizsgálatban részt vevő kiskorú személy:

neve: _____

születési helye és ideje: _____

anyja neve: _____

Taj száma: _____

Alulírott:

neve: _____

születési helye és ideje: _____

anyja neve: _____

lakcíme: _____

mint a vizsgálatban részt vevő kiskorú személy szülője és törvényes képviselője a jelen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom ahhoz, hogy gyermekem a

típusú vizsgálatot elvégezzék.

Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett vizsgálatban részt vevő kiskorú személy törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve, korlátozva, illetve megszüntetve nincs, a jelen nyilatkozat megtételére jogosult vagyok.

_____, 2021. _____ hó ____ napján

**a vizsgálatban résztvevő kiskorú személy
törvényes képviselőjének aláírása**