**Beleegyező nyilatkozat**

**Ionizáló sugárzással járó vizsgálat elvégzéséről**

**/Tüdőszűrés/**

Tudomásul veszem, hogy kiskorú gyermekem iskolai alkalmassági és szakmai gyakorlatához tüdőszűrés szükséges.

**A vizsgálat elvégzésébe beleegyezésemet adom.**

Gyermek neve: …...................................................

TAJ száma: ............................................................

Születési idő: …......................................................

Dátum:.........................................

-------------------------------------- ------------------------------------------------

 Asszisztens Szülő vagy Törvényes képviselő aláírása