***Załącznik Nr 2.1***

do Regulaminu organizacyjnego ŚCR

dnia *……………………………………………………*

*…………………………………………………………….…….*

/imię i nazwisko/

*……………………………………………………………….….*

/adres zamieszkania/

*………………………………………………………………..….*

/PESEL/

**Do Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji**

**w Czarnieckiej Górze**

**Wniosek pacjenta/osoby upoważnionej przez pacjenta za życia/przedstawiciela ustawowego do udostępnienia dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi /odpisu\*/kserokopii\*/wydruku\*/uwierzytelnionej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej, informatycznego nośnika danych, skanu\*

pacjenta *………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

sporządzonej w Świętokrzyskim Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej w okresie *…………………………………………………………………* w zakresie (całości, części) *……………….…………………*

**Oświadczam, iż:**

1. jestem osobą upoważnioną przez pacjenta za życia w załączeniu przedkładam stosowny dokument,
2. jestem osobą, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym i w załączeniu przedkładam stosowny dokument,
3. ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz pokryję w całości koszt wykonania powyższej dokumentacji.

**Powyższe oświadczenia składam będąc świadomym/świadomą odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia, stosownie do treści przepisu art. 233 Kodeksu Karnego.**

*…………………………………………………………………..*

 /podpis wnioskodawcy/

**\***niepotrzebne skreślić