

## TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

**Alulírott,**

(törvényes képviselő adatai)

Név: .....

Születési név: .....

Szem.ig.szám: .....

**ezennel hozzájárulok kiskorú**

(a kiskorú adatai)

Név: .....

TAJ-szám: .....

**törvényes képviselőjeként a kiskorú mellkasröntgen vizsgálatának a Szent Margit  
Rendelőintézet által történő elvégzéséhez.**

Kelt:.....

.....  
törvényes képviselő aláírása

Jelenlévő tanúk aláírásukkal igazolják, hogy a gyermek törvényes képviselője a fenti nyilatkozatot előttük írta alá, illetve aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el.

**Tanú 1**

**Tanú 2**

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:.....

Aláírás:.....