

**Formular consimțământ informat**

**Formular de exprimare a acordului informat al pacientului**

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

Datele pacientului (minorul)	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
Actul medical (descriere):  Vaccinare anti – SARS- CoV 2 cu vaccin .....		

Subsemnatul, .....(numele și prenumele parintelui/tutorelui/reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către ..... (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Semnatura ..... Data: ...../...../..... Semnătura parintelui/ tutorelui/ reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical .....
--