Главному врачу **СПб ГБУЗ "Городская поликлининка №109"**
от _____
(ФИО представителя)
законного представителя несовершеннолетнего

(ФИО несовершеннолетнего)
действующего на основании

(свидетельство о рождении ребенка, либо иной документ, подтверждающий полномочия)

дата выдачи **/ /**

(кем выдан)
СНИЛС ребенка №
полис ОМС ребенка
Адрес регистрации

Адрес проживания:

Заявление

Прошу провести вакцинацию, предусмотренную приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARSCoV-2,

(ФИО полностью, несовершеннолетн-ей(его) в возрасте от 12 до 17 лет, дата рождения) законным представителем которо-го(й) я являюсь.

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" профилактические прививки проводятся при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей либо иного законного представителя несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет, а старше указанных возрастов самим несовершеннолетним в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата подпись _____