[*Miejscowość, data*]

UPOWAŻNIENIE

W związku z odmową wypisania córki/syna [*imię i nazwisko dziecka*] urodzonej/go dnia [*data*] w [*miejscowość*] ja niżej podpisana [*imię i nazwisko matki*] (matka dziecka posiadająca pełnię praw rodzicielskich) urodzona [*data*] w [*miejscowość*] legitymująca się dowodem osobistym/paszportem nr [*nr dowodu lub paszportu*]

upoważaniam

Pana/Panią [*imię i nazwisko upoważnionego/ej*] urodzoną/ego dnia [*data*] w [*miejscowość*] legitymującą/ego się dowodem osobistym/paszportem nr [*nr dowodu lub paszportu*]

do

1)  Odbioru syna/córki [*imię i nazwisko dziecka*] ze szpitala [*nazwa szpitala* w dniu mojego wypisu

2)  Odbioru pełnej dokumentacji medycznej syna/córki [*imię i nazwisko dziecka*]

3)  Uzyskania informacji medycznej na temat stanu zdrowia syna/córki [*imię i nazwisko dziecka*] od lekarza prowadzącego oraz podejmowania decyzji co do przeprowadzenia zabiegów medycznych, jeśli stan zdrowia dziecka tego wymaga

4)  Opieki nad synem/córką [*imię i nazwisko dziecka*] przez cały czas mojej izolacji związanej zakażeniem COVID-19.

…………………………..

          podpis matki