NYILATKOZAT

Alulírott ……………………………………………………………………..(név, TAJ szám) kijelentem, hogy a rendészeti oktatási intézménybe történő felvételi eljárás során az előszűrést végző orvos részére, az előszűrés idejére, a minősítéshez szükséges egészségügyi adatok értékelése céljából az EESZT\*-ben rögzített egészségügyi ellátásaimhoz való hozzáférést engedélyezem.

Dátum:. …………………………….. ………………………………….

aláírás

*\* EESZT – Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér*