**PRIVOLITEV ZA PREVOZ OTROKA**

V primerumedicinske pomoči, ko glede na stanje bolezni oz. poškodbe otroka ni potreben prevoz z reševalnim vozilom, potrebujemo vaše soglasje, da lahko pripeljemo otroka do najbližjega zdravstvenega doma.

**Dovoljujem prevoz otroka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ime in priimek) k zdravniku v primeru medicinske pomoči, ko glede na stanje bolezni oz. poškodbe otroka ni potreben prevoz z reševalnim vozilom.**

DA / NE

CŠOD podpisnika te privolitve obvešča, da se podatek zbira za namen izvedbe programa v CŠOD in podatek ne bo nadalje uporabljen*.* Po izvedbi programa bo CŠOD podatek trajno izbrisal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (kraj, datum) (ime, priimek starša)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis starša, skrbnika ali zakonitega zastopnika)