



Miejscowość i data .....

**Wniosek o weryfikację przyczyny braku dostępu do konta dziecka  
w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP)**

**Dane rodzica / opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania:.....

.....

.....

.....

Stopień pokrewieństwa .....

Zwracam się z prośbą o weryfikację przyczyny braku dostępu do konta dziecka w IKP z poziomu konta rodzica/ opiekuna prawnego. Do wniosku dołączam kopię dokumentu potwierdzającą zgłoszenie dziecka do mojego ubezpieczenia (ZUS ZCNA).

Pouczony/a o obowiązku mówienia prawdy i odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań — wynikającej z art. 233 kk. Oświadczam, że jestem ojcem/ matką

..... (imię i nazwisko dziecka) urodzonego

..... (data i miejsce, PESEL)

Oświadczam, że nie jestem pozbawiony/a ani nie mam ograniczonych praw rodzicielskich — mocą wydanych postanowień lub orzeczeń sądowych i na chwilę obecną posiadam pełnię praw rodzicielskich — do opieki wobec ww. małoletniego. Nie jest również zawieszona moja władza rodzicielska.

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis (imię i nazwisko)