



Miejscowość i data .....

**Wniosek o weryfikację przyczyny braku możliwości skorzystania  
z programu profilaktycznego**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania:.....

.....

.....

.....

Zwracam się z prośbą o weryfikację przyczyny braku możliwości skorzystania z badania

..... (nazwa badania np.

kolonoskopia, mammografia) realizowanego w ramach programu profilaktycznego z powodu

blokady w systemie informatycznym.

<sup>1</sup>Oświadczam, że nie chorowałem/łam na chorobę nowotworową.

Oświadczam, że chorowałem/łam na chorobę nowotworową. Leczenie zostało zakończone

..... (data zakończenia leczenia).

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

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Podkreślić właściwe