

SUTIKIMAS
DĖL STABILIOJO JODO IŠDAVIMO IR SUVARTOJIMO BRANDUOLINĖS AR
RADIOLOGINĖS AVARIJOS ATVEJU

(data)

Vilnius

Vaikas _____
(vardas, pavardė, gimimo data)

(grupė)

Vaiko tėvai (kiti įstatyminiai atstovai) _____
(vardas, pavardė)

Sutinku/nesutinku, kad branduolinės ar radiologinės avarijos atveju mano vaikui būtų išduotas ir jo suvartotas pagal amžių reikalingas stabiliojo jodo preparato kiekis (rekomendavus Lietuvos Respublikos Vyriausybei ir (ar) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai, atsižvelgiant į preparatų vartojimo (pagal amžių) rekomendacijas) bei vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 gegužės 20 d. įsakymu V-1237 „Dėl Stabiliojo jodo preparatų paskirstymo savivaldybėms ir gyventojams tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir/ar Valstybiniu gyventojų apsaugos planu branduolinės ar radiologinės avarijos atveju, patvirtintu Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. sausio 18 d. nutarimu Nr. 99 bei aktualiais šių teisės aktų pakeitimais ir papildymais, kurie galiotų atitinkamu metu.

Vaiko tėvai (kiti įstatyminiai atstovai) _____
(vardas, pavardė)

(parašas)