*WYPEŁNIA OSOBA EKSPONOWANA*

Wrocław, dnia……………………………………………..

**Zgoda osoby eksponowanej na zastosowanie profilaktyki poekspozycyjnej**

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie (osoby eksponowanej)

…………………………………………………………………………………………….…………...

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przyjmowanie leków antyretrowirusowych   
i zostałem/łam poinformowany/a o możliwych skutkach ubocznych działania ww. leków**

……………………….……………………….

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

**Oświadczam, że nie wyrażam zgody na przyjmowanie leków antyretrowirusowych   
i zostałem/łam poinformowany/a o możliwych skutkach ubocznych działania ww. leków**

……………………….……………………….

Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie