

Jamhuri ya Muungano wa Tanzania



**Wizara ya Afya na Ustawi wa Jamii
Mpango wa Taifa wa Kudhibiti UKIMWI**

**KIBALI CHA MZAZI/MLEZI WA MTOTO CHINI YA MIAKA 18 AU
MTU MWENYE ULEMAVU WA KUJIELEZA**

Mimi(jina)
ninathibitisha ya kwamba ni mzazi/mlezi wa huyu mtoto aliye chini ya umri wa miaka 18, au
mwenyeulemavu wa kujieleza(jina).

Baada yakuwanimeelezwana kuelewa umuhimu wa mtu huyu kupima virusi vya UKIMWI,
natoa idhini apimwe. Naahidi yakwamba nitazingatia yote nitakayoyajua kutokana na kipimo
hiki.

Pia ninathibitisha ya kwamba, nitaendelea kuhakikisha anapata huduma anayohistahili
kulingana na hali yake kwakuzingatia mazingira yaliyopo.

Mzazi/Mlezi

Mshauri Nasaha

Msimamizi wa Kituo

Mahali

Tarehe