



**PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
UNIVERSITI MALAYSIA PAHANG**

SURAT TANGGUNG RISIKO

Saya..... No KP.....

mengakui menghidap penyakit

dan ingin meneruskan penglibatan saya dalam program.....

Saya mengakui bahawa tindakan saya ini adalah bertentangan dengan nasihat pegawai perubatan. Saya telah diterangkan dan memahami tentang risiko tindakan saya ini iaitu :

1.
2.
3.

Saya akan bertanggungjawab sepenuhnya ke atas sebarang kemungkinan akibat tindakan saya ini dan tidak akan mengambil sebarang tindakan ke atas pihak Pegawai Perubatan , Pusat Kesihatan Universiti dan Universiti Malaysia Pahang.

T/Tangan Peserta:

Nama :

Alamat :

.....

No telefon :

Tarikh :

T/Tangan Penganjur :

Nama :

T/Tangan Peg. Perubatan :

No. KP :

Nama Peg. Perubatan :

Jawatan :

No. MPM :

Tarikh :

Tarikh :