

Katowice,

.....
(imiona i nazwisko rodziców małoletniego ucznia)

.....
.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa świadczeniodawcy)

.....
(adres świadczeniodawcy)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisany na podstawie art. 7 ust. 2 i w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12 kwietnia 2019 r. (Dz. U. poz. 1078)

wyrażam sprzeciw wobec objęcia pozostającej/ego pod naszą opieką

.....
(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania;*
- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;*
- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia.*

***- niepotrzebne skreślić**

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)