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)