…………………………………..

(Miejscowość, data)

……………………………………………………

(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

……………………………………………..

(Nazwa świadczeniodawcy)

…………………….……………………….

……………………………………………..

(adres świadczeniodawcy))

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana/y………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o

opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mnie / pozostającej/ego pod

moją opieką ….……………………………………………………………………………………….………

(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

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

…………………….…………………………………………..

(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)