

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(miejscowość, data)

Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy Sp. z o.o.
ul. Samorządowa 5
38-321 Moszczenica

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja/my 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 moja opieką.....

(imię i nazwisko małoletniego ucznia ,adres, nr PESEL)

-profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

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

*rodzic/opiekun prawny