……
(miejscowość, data)

……
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

Gabinet stomatologiczny CITY DENTAL
ul. Jarząbka 22
05-500 Piaseczno

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana/y……..
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U z 2019 poz. 1078) **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka / pozostającego pod moją opieką

……
(nazwa szkoły, adres)

……
(imię i nazwisko małoletniego ucznia, klasa)

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

……..
(imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego ucznia)

Druk należy złożyć w siedzibie kliniki stomatologicznej.