…………………………………………

 (miejscowość, data)

……………………………………………………

 (imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego)

**Klinika stomatologiczna**

**ul. Jarząbka 22**

**05-500 Piaseczno**

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną**

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)

**Wypełniony i podpisany druk należy złożyć w siedzibie Kliniki stomatologicznej
ul. Jarzabka 22, 05-500 Piaseczno lub scan wypełnionego druku z podpisem Rodzica/ Opiekuna prawnego ucznia wysłać mailem na adres: dentystapiaseczno@wp.pl**