

Załącznik 2.

Wejherowo,

.....

.....

imię i nazwisko matki /ojca/ opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia

**Gabinet Dentystyczny
Małgorzata Kamińska
ul. Pucka 11
84-200 Wejherowo**

Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną

Wyrażam sprzeciw wobec objęcia opieką stomatologiczną nad uczniami, na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) mojego dziecka/pełnoletniego ucznia

.....

imię i nazwisko dziecka/ pełnoletniego ucznia, PESEL

ucznia klasy Powiatowego Zespołu Szkół Nr 3 w Wejherowie.

.....

Podpis matki/ ojca / opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia