Chrzanów, dnia ………………

………………………………………

*Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego*

…………………………………………

*Adres zamieszkania*

**Oświadczenie rodzica/ opiekuna prawnego małoletniego pacjenta**

**w przedmiocie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki stomatologicznej**

Zgodnie z art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019, poz. 1078) zostałam/em poinformowana/y o zakresie opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego tą opiekę,

………………………………….

podpis rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na udzielanie mojemu dziecku ………………………….……...………… urodzonemu dnia ………….………., ucz. kl. …....

Szkoły Podstawowej Nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi im. Szarych Szeregów w Chrzanowie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078).

………………………………….

podpis rodzica / opiekuna prawnego

*\*niepotrzebne skreślić,*

***Uwaga!***

***Oświadczenie nie dotyczy opieki stomatologicznej w zakresie profilaktycznego świadczenia stomatologicznego, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 przywołanej ustawy, czyli przeglądu, w którym uczniowie uczestniczą podczas zajęć szkolnych pod opieką nauczyciela. W tym przypadku rodzice mają prawo złożyć sprzeciw w formie pisemnej – należy to zrobić w odrębnym oświadczeniu.***