

.....
(miejsowość, data)

.....
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych
małoletniego ucznia)

**Zgoda na objęcie ucznia profilaktycznymi świadczeniami
stomatologicznymi**

Ja/My, niżej podpisana/y/ni na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. **o opiece zdrowotnej nad uczniami**, **wyrażam/y zgodę na objęcie profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi** przez lekarza dentystę S.P.Z.Z.L.O. Warszawa – Żoliborz sprawującym opiekę stomatologiczną nad uczniami Szkoły Podstawowej nr 1 im. Marii Kownackiej w Łomiankach przy ul. Warszawskiej 73 zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji mojego/naszego dziecka.

..... klasa

(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

.....
czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów