

DEKLARACJA

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
Klasa

.....
Pesel, data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Tel. kontaktowy (do rodzica lub opiekuna prawnego)

Oświadczenie:

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną mojego dziecka, przez pielęgniarkę szkolną, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 24 września 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz.86) przez okres uczęszczania mojego dziecka do Zespołu Szkół nr 1, Jagiellońska 84, 33-300 Nowy Sącz.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Uwaga! Rodzic lub prawny opiekun ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub cofnięcia zgody na całość świadczeń. Lista świadczeń refundowanych jest wywieszona w gabinecie pielęgniarki szkolnej.