

ZGŁOSZENIE NALEŻY WYPEŁNIĆ DUŻYMI LITERAMI CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

Adresat: PHOENIX sp. z o.o., NZOZ „Nasza Przychodnia” ul. Czwartaków 4, 09-410 Płock

ZGŁOSZENIE SPRZECIWU O NIEOBEJMOWANIU DZIECKA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ W SZKOLE

Na podstawie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, **wyrażam sprzeciw** na pełnienie nad uczniem Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 22 w Płocku, opieki zdrowotnej wykonywanej przez pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania.

A. DANE OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY**

Numer ewidencyjny PESEL ucznia										
Nazwisko					Pierwsze imię					

B. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY

Kod pocztowy	Miejscowość	Nr domu
Poczta	Ulica	Nr lokalu

C. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (rodzica lub opiekuna prawnego ucznia)

Numer ewidencyjny PESEL osoby uprawnionej											Telefon do kontaktu w razie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia ucznia	
Nazwisko					Pierwsze imię					Podpis		
											

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy faktu, iż wyrażenie sprzeciwu w powyższej formie będzie skuteczne od daty zgłoszenia do Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
miejsce, data i podpis osoby składającej zgłoszenie

Dane osobowe ucznia i osoby uprawnionej zostaną przetworzone zgodnie z obowiązującymi przepisami.