

## FORMULARZ ZGODY

Zgodnie z art. 7 ust. 5 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r., poz. 1078) sprawowanie opieki zdrowotnej nad **uczniem przewlekle chorym** lub **niepełnosprawnym**, wymaga pisemnej zgody rodziców / opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka niepełnoletniego lub ucznia pełnoletniego.

Zgoda będzie obowiązywała przez cały okres w jakim dziecko/uczeń pełnoletni będzie znajdował się na liście świadczeniodawcy – Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „PROMED-SCHOL” Danuta Szotko – niezależnie od szkoły, w której aktualnie pobiera naukę.

Rodzić / opiekun prawny lub faktyczny dziecka lub uczeń pełnoletni ma prawo do cofnięcia zgody na realizację określonych świadczeń lub całości opieki zdrowotnej w każdym momencie jej obowiązywania. Cofnięcie zgody wymaga formy pisemnej.

### Dotyczy ucznia niepełnoletniego

Czy wyraża Pan(i) zgodę na objęcie opieką zdrowotną przez pielęgniarkę / higienistkę szkolną dziecka .....,

(Imię i nazwisko ucznia)

PESEL: .....

Tak

Nie

.....  
(data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka)

### Dotyczy ucznia pełnoletniego

Imię i nazwisko: .....,

PESEL: .....

Czy wyraża Pan(i) zgodę na objęcie opieką zdrowotną przez pielęgniarkę / higienistkę szkolną?  Tak  Nie

.....  
(data i czytelny podpis)