Директору ЗОШ № …

міста Гадяч

від ПІБ матері, адреса,

матері ПІБ дитини,

в інтересах зазначеної дитини

**Заява**

На Ваші усні погрози від 01.09.2020 маю повідомити наступне.

**1. Щодо наданої медичної довідки та вибору закладу охорони здоров’я**

Згідно ст. 6 та 38 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров’я», кожний має право на охорону здоров’я, що передбачає кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров’я, якщо вони можуть запропонувати свої послуги.

Згідно ст. 3 того ж Закону:

* заклад охорони здоров’я — юридична особа будь-якої форми власності, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;
* медичне обслуговування — діяльність закладів охорони здоров’я, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров’я;
* послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) — послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров’я та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути фізичні особи, у тому числі пацієнт.

Згідно ст. 34 того ж Закону, лікуючий лікар — лікар закладу охорони здоров’я, який надає медичну допомогу пацієнту, в тому числі, на період його обстеження.

Обмеження кількості обраних закладів охорони здоров’я чи обраних лікарів законодавством не встановлене, обов’язку проведення того чи іншого лікування та/чи обстеження у наперед призначеному закладі охорони здоров’я немає.

Мною, матір’ю малолітньої дитини, ПІБ-ДАТА-НАРОДЖ, було вирішено, згідно закону, обрати для моєї дитини як заклад охорони здоров’я на періоди певних обстежень (включаючи, але не обмежуючись, на період даного обстеження перед початком учбового року у закладі освіти) НАЗВА КЛІНІКИ, ДЕ ВЗЯЛИ ДОВІДКУ.

Згідно наданої Вам довідки ф. 086-1/о, довідка видана після обстеження, яке проводилось саме у НАЗВА КЛІНІКИ, ДЕ ВЗЯЛИ ДОВІДКУ, а обраним лікарем був педіатр даного закладу (вказати ПІБ-якщо-відомо).

Отже, надана Вам довідка є саме довідкою від закладу охорони здоров’я, в якому здійснюється медичне обслуговування нашої дитини.

З огляду на вищевказане,

**прошу Вас:**

* неухильно дотримуватися вимог закону, створювати та підтримувати безпечне освітнє середовище та діяти виключно в інтересах в тому числі і моєї дитини ПІБ;
* не вимагати не передбачених законодавством довідок та інших документів протягом навчання моєї дитини ПІБ дитини у очолюваному Вами закладі освіти.

Дата Підпис