**ΔΗΛΩΣΗ ΓΟΝΕΑ ΜΕ ΕΠΙΦΥΛΑΞΗ ΚΑΤΑ ΟΠΟΙΑΣΔΗΠΟΤΕ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΤΕΚΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

Του /της ……..( αναγράφετε τα στοιχεία σας καθώς και τα στοιχεία του παιδιού σας)

Προς την Υπουργό Παιδείας δια του/της Διευθυντή/ριας του …………….. ( αναφέρετε τη σχολική μονάδα)

////////////////////////////////////

Δια της παρούσας σας γνωρίζω ότι δεν δίνω την συγκατάθεσή μου και αντίθετα ΑΡΝΟΥΜΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΑ τη διενέργεια κάθε διαγνωστικής ιατρικής πράξης ( ενδεικτικά self test ή rapid test για covid 19 ) επί του ως άνω τέκνου μου από οποιοδήποτε φορέα χωρίς να έχω ενημερωθεί και να βρίσκομαι μαζί του.

Ομοίως δεν δίνω την συγκατάθεσή μου και αντίθετα ΑΡΝΟΥΜΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΗΜΑΤΙΚΑ τη διενέργεια εμβολιασμού για covid 19 επί του ως άνω τέκνου μου από οποιοδήποτε φορέα ή ακόμη και την παρακίνησή του ή προτροπή του προς κάτι τέτοιο.

Σας ΔΗΛΩΝΩ ότι σε περίπτωση που δεν θα σεβαστείτε την ως άνω δήλωσή μου θα κινηθώ ποινικά, αστικά και πειθαρχικά κατά παντός υπευθύνου από οποιαδήποτε κατά τα ανωτέρω παράνομη και καταχρηστική πράξη της Διοικήσεως και των τυχόν Οργάνων της που συνεργάζονται σε αυτή.

Τόπος Ημερομηνία

Ο/Η εξωδίκως δηλών/δηλούσα