Oryginał/kopia\* ***Załącznik B***

# 

# Pisemna rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie

………………………………………………………………………………………………………………............

Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka (podopiecznego)/swojego udziału\* w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego”.

Powodem rezygnacji jest\*\*:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………

Data i podpis uczestnika lub rodzica/opiekuna prawnego dziecka