

## Załącznik B. Wzór pisemnej 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

Oryginał/kopia\*

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe