

Информированные согласия

Директору
МАОУ СШ № 9 А.Д. Ронкину

от _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)
адрес проживания: _____,
контактный телефон: _____

Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя) обучающегося, не достигшего возраста 15 лет, на участие в профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, _____ (Ф.И.О. полностью), являюсь родителем (законным представителем) _____ (Ф.И.О. обучающегося)

« ____ » _____ года рождения, проживающего по адресу _____ (указывается фактический адрес проживания, обучающегося), даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в профилактическом медицинском осмотре в 20 ____ /20 ____ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра осведомлен(а).

С Порядком проведения профилактических медицинских осмотров, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного Приказом Минздрава России от 06.10.2014 № 581н ознакомлен(а).

_____/_____

(Подпись) (Расшифровка)

Дата

Директору
МАОУ СШ № 9 А.Д. Ронкину

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)
адрес проживания: _____,
контактный телефон: _____

Добровольное информирование согласие обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, _____ (Ф.И.О. обучающегося полностью),

« ____ » _____ года рождения, проживаю по адресу

_____ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), даю свое добровольное согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в 20 ____ /20 ____ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра осведомлен(а).

С Порядком проведения профилактических медицинских осмотров, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного Приказом Минздрава России от 06.10.2014 № 581н ознакомлен(а).

_____/_____

(Подпись) (Расшифровка)

Дата