

Руководителю
ОГБУЗ «Заларинская РБ»

(наименование организации здравоохранения)

от _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

_____ (Ф.И.О. обучающегося)

МБОУ Сортовская ООШ
(наименование общеобразовательной организации,
в которой обучается)

домашний адрес: _____

_____ ,
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, _____ (ФИО полностью), являюсь
родителем (законным представителем) _____
(Ф.И.О. обучающегося) «__» _____ года рождения, проживающего по адресу
_____ (указывается фактический адрес
проживания обучающегося), **даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое добровольное согласие на
участие моего ребенка в профилактическом медицинском осмотре в 2020 - 2021 учебном году, а также
на передачу в территориальную организацию здравоохранения персональных данных моего ребенка
для проведения профилактического медицинского осмотра, а именно: ФИО, дату рождения, класс
(группу), результаты социально-психологического тестирования.

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 23.03.2020г. №213н ознакомлен(а).

Подпись

/ _____ /
Расшифровка

Дата _____

Руководителю
_____ МБОУ Сортовская ООШ _____
(наименование образовательной организации)
адрес: _____

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)
класс (группа): _____,
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, _____ (ФИО обучающегося полностью), паспортные данные _____ (серия, номер, дата и место выдачи паспорта), «__» _____ года рождения, проживаю по адресу _____ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), **даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое добровольное согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в 2020 – 2021 учебном году, а также на передачу в территориальную организацию здравоохранения своих персональных данных для проведения профилактического медицинского осмотра, а именно: ФИО, дату рождения, класс (группу), результаты социально-психологического тестирования.

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 N 581н ознакомлен(а).

Подпись

/_____/_____
Расшифровка

Дата _____