

Руководителю

(наименование организации здравоохранения)

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

(Ф.И.О. обучающегося)

(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 20__ -
20__ 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

