

И.О. руководителя ТПМПК Нижегородского
района МАУ "ППМС-центра им. В.П. Радченко"
г. Нижнего Новгорода

Стрекаловской Екатерина Игоревна

фамилия, имя, отчество (при наличии)

от _____

фамилия,

имя, отчество (при наличии)

обучающегося (полностью)

Номер телефона: _____

Адрес электронной почты

(при наличии) _____

СОГЛАСИЕ

**несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет,
на медицинское обследование в ТПМПК Нижегородского района
МАУ "ППМС-центра им. В.П. Радченко" г. Нижнего Новгорода**

Я, _____,

(ФИО полностью, дата рождения)

Паспорт _____ № _____, выдан _____

(кем выдан, дата выдачи)

зарегистрированного/ проживающего по адресу: _____

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования в ТПМПК Нижегородского района МАУ "ППМС-центра им. В.П. Радченко" г. Нижнего Новгорода (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в ТПМПК Нижегородского района МАУ "ППМС-центра им. В.П. Радченко" г. Нижнего Новгорода.

Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« ____ » _____ 202 ____ г. _____

подпись

расшифровка