Руководителю ТПМПК Приокского района
МАУ «ППМС-центр им. В.П. Радченко»
г.Нижнего Новгорода
Жуковой Т.Д.
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 Приокского 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 Приокского 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 Приокского 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*