

Руководителю ТПМПК Московского района
"МАУ ППМС-центра им. В. П. Радченко"
г. Нижнего Новгорода

_____ *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 Московского 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 Московского 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 Московского 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*