

Руководителю ТПМПК Московского района
"МАУ ДО ППМС-центра" 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 ДО ППМС-центра" 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 ДО ППМС-центра" 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 ДО ППМС-центра" г. Нижнего Новгорода.

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

« ____ » _____ 202 ____ г. _____
подпись *расшифровка*