

Руководителю ТПМПК Ленинского района
МАУ «ППМС-центр 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 Ленинского района
МАУ «ППМС-центр 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 Ленинского района МАУ «ППМС-центр 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 Ленинского района МАУ «ППМС-центр им. В.П. Радченко" г. Нижнего Новгорода.

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

«___» _____ 202___ г. _____

подпись

расшифровка