

Руководителю

\_\_\_\_\_ (наименование организации здравоохранения)

от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. родителя, законного представителя)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося)

\_\_\_\_\_ (наименование общеобразовательной организации, в которой обучается)

домашний адрес: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя) обучающегося, не достигшего возраста 15 лет, на участие в профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью), являюсь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося) «\_\_» № \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу \_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), **даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое добровольное согласие на участие моего ребенка в профилактическом медицинском осмотре в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году, а также на передачу в территориальную организацию здравоохранения персональных данных моего ребенка для проведения профилактического медицинского осмотра, а именно: ФИО, дату рождения, класс (группу), результаты социально-психологического тестирования.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра осведомлен(а), с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного Приказом Минздрава России от 23.03.2020г. №213н ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_ /

Подпись

Расшифровка

Дата