

Руководителю

(наименование образовательной организации)
адрес: _____

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа): _____,
контактный телефон: _____

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

Я, _____ (ФИО обучающегося полностью),
паспортные _____ данные
_____ (серия, номер, дата и
место выдачи паспорта), «__» _____ года рождения, проживаю __ по
адресу _____ (указывается
фактический адрес проживания обучающегося),

даю свое добровольное согласие на участие в профилактическом
медицинском осмотре в 20__ - 20__ учебном году.

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 06.10.2014 N 581н ознакомлен(а).

Подпись / _____
Расшифровка

Дата