Директору ГБОУ Школа № 1194
Базылевой Л.Н.

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)
НА УЧАСТИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НС И ПВ

Я, (Ф.И.О.)_____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (ней)
(Ф.И.О.)_____20_____г.р.
даю свое согласие на участие моего ребенка в мероприятиях по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ*:*
1) участие в социально-психологическом тестировании;
2) участие в профилактических медицинских осмотрах и определение ПАВ и их метаболитов в биологических жидкостях медицинскими работниками филиала №10 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».
Положения действующего законодательства, в отношении меня и моего ребенка мне **разъяснены и понятны**.
С порядком, характером и объемом обследования **ознакомлен (а)**.

«___»_____20____г. Подпись_____ Расшифровка подписи_____

✂----------

Директору ГБОУ Школа № 1194
Базылевой Л.Н.

СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ
НА УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ
НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НС И ПВ

Я, (Ф.И.О.)_____20_____г.р.
даю свое согласие на участие в мероприятиях по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ:
1) участие в социально-психологическом анкетировании;
2) участие в профилактических медицинских осмотрах и определение ПАВ и их метаболитов в биологических жидкостях медицинскими работниками филиала №10 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».
Положения действующего законодательства, в отношении меня, мне **разъяснены и понятны**.
С порядком, характером и объемом обследования **ознакомлен (а)**.

«___»_____20___г. Подпись_____ Расшифровка подписи_____

Заведующей
Центром профилактики зависимого поведения
(филиалом) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»
Е.Г. Деменко

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ ОБУЧАЮЩИМИСЯ

Я,_____

(Ф.И.О. обучающегося старше 15 лет, родителя или законного представителя обучающегося, не достигшего 15 лет)

_____

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических и психотропных веществ с применением химико-токсикологического исследования биологической жидкости (мочи).

_____

Ф.И.О. обучающегося, дата рождения

ГБОУ Школа № 1194 _____класс

название ОО, класс (учебная группа)

Подтверждаю, что надлежащим образом проинформирован(а) о методике проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне лично были подробно разъяснены цели, характер, методы и объем планируемого профилактического осмотра, а также способы его проведения.

Я имел (а) лично возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия мною прочитан полностью, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и полностью удовлетворяют.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра по ранней диагностике незаконного потребления наркотических и психотропных веществ.

_____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. гражданина)*

_____ _____ «_____»_____20____г.

(подпись) *(Ф.И.О. медицинского работника)*