

Информированное добровольное согласие на проведение профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения _____

проживающий (ая) по адресу: _____

(Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, нужное подчеркнуть) ребенка _____

(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

Настоящим заявлением подтверждаю свое согласие на прохождение тестирования и лабораторных исследований, а также при необходимости, лабораторных подтверждающих исследований, образцов мочи, волос, консультаций у врача психиатра-нарколога и других врачей-специалистов, на предмет установления факта немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я подтверждаю, что я получил(а) информацию о целях и процедуре проведения тестирования и о своем праве отказаться от прохождения тестирования.

« ____ » _____ 20 ____ года.

Подпись гражданина _____

Подпись законного представителя _____

Информированный добровольный отказ от проведения профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения _____

проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, не нужное зачеркнуть) ребенка _____

(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

Получил в полном объеме сведения о целях и порядке проведения тестирования.

Я отказываюсь от тестирования. « ____ » _____ 20 ____ года.

Подпись гражданина _____

Подпись законного представителя _____

Информированный добровольный отказ от проведения профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения _____
проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, не нужное зачеркнуть) ребенка _____
(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

Получил в полном объеме сведения о целях и порядке проведения тестирования.

Я отказываюсь от тестирования. «___» _____ 20___ года.

Подпись гражданина _____

Подпись законного представителя _____

Информированное добровольное согласие на проведение профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения _____

проживающий (ая) по адресу: _____

(Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, нужное подчеркнуть) ребенка _____
(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

Настоящим заявлением подтверждаю свое согласие на прохождение тестирования и лабораторных исследований, а также при необходимости, лабораторных подтверждающих исследований, образцов мочи, волос, консультаций у врача психиатра-нарколога и других врачей-специалистов, на предмет установления факта немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я подтверждаю, что я получил(а) информацию о целях и процедуре проведения тестирования и о своем праве отказаться от прохождения тестирования.

«___» _____ 20___ года.

Подпись гражданина _____

Подпись законного представителя _____