**Информированное добровольное согласие  
на проведение социально-психологического тестирования и профилактического  
медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических**

**средств и психотропных веществ**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства законного представителя)

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. р.

(Ф.И.О. гражданина до 15 лет - полностью)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 22 Федерального закона от 21.11.2011 г.  
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 53.4  
Федерального закона от 08.01.1998 г. № З-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных  
веществах», а также приказом Министра обороны Российской Федерации от 18.06. 201! г. № 800  
«Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных Силах  
Российской Федерации» и в соответствии с моим волеизъявлением, в понятной для меня форме.  
проинформирован(а) о предстоящем социально-психологическом тестировании и профилактическом медицинском осмотре в целях раннего выявления незаконного потребления  
наркотических средств и психотропных веществ, его целях, форме и порядке проведения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на  
поставленные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть  
предстоящих процедур, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г.  
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно даю  
свое согласие на проведение социально-психологического тестирования и профилактического  
медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических  
средств и психотропных веществ лица, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а) о том, что информация о результатах социально-психологического  
тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления  
незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ составляет врачебную  
тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена.

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах  
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разрешаю предоставить информацию о

результатах тестирования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя) полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по телефону /e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на проведение социально-  
психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего  
выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ мною  
прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня  
удовлетворяют.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) | (Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего ребенка) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) | (Ф.И.О. медицинского работника) |

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года