

Главному врачу СПб ГБУЗ
«Городская наркологическая
больница»

от _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

—
(дата рождения родителя, законного представителя)

Проживающего
(ей): _____
(адрес места жительства)

Информированное добровольное согласие

(пп.2, п.2 ст.20 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

Согласен (-на) на проведение по направлению _____ правоохранительных
органов медицинского освидетельствования _____ на состояние
опьянения моего(-ей)

Сын(дочери)/воспитанника _____
(Ф.И.О., дата рождения)

Обучающегося (-йся)/проживающего(ей) _____
(наименование образовательной/социальной организации)

в рамках оперативно-профилактических мероприятий, организуемых
в _____
(наименование образовательной/социальной организации)

в период с 01.09.20__ по 31.05.20__ без предварительного предупреждения.
Проинформирован (-а), что данные мероприятия проводятся
с профилактической целью и направлены на раннее выявление потребителей
наркотических средств, психотропных веществ.

При получении положительного результата у моего сына (дочери) прошу
проинформировать меня по телефону _____

Мне разъяснено, что в любое время имею право отозвать свое согласие
путем составления соответствующего письменного документа.

(дата)

_____/_____
(подпись) Ф.И.О

Директору образовательной организации

от _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

_____ (дата рождения родителя, законного представителя)

проживающего (ей): _____
(адрес места жительства)

Информированный добровольный отказ

(пп.2, п.2 ст.20 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

отказываюсь от проведения по направлению правоохранительных органов
медицинского освидетельствования на состояние опьянения моего(-ей)

сына (дочери) _____
(Ф.И.О., дата рождения)

Обучающегося (-йся) _____
(наименование образовательной/социальной организации)

в рамках оперативно-профилактических мероприятий, организуемых
в _____
(наименование образовательной организации)

в период с 01.09.20 ____ по 31.05.20 ____

Проинформирован (-а), что данные мероприятия проводятся
с профилактической целью и направлены на раннее выявление потребителей
наркотических средств, психотропных веществ.

Последствия отказа мне разъяснены.

(дата)

(подпись)

ФИО