Руководителю Центральной психолого-

медико-педагогической комиссии

Мурманской области

|  |
| --- |
| Дергуновой Алле Ивановне |
| от |  |
| (фамилия, имя, отчество обследуемого) |
|  |
|  |
| проживающего по адресу: |
|  |
|  |
|  | , |
| контактный телефон: |
|  | , |
| адрес электронной почты (при наличии): |
|  |

согласие.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (полностью), дата рождения)

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

даю согласие на комплексное психолого-медико-педагогическое обследование, в том числе врачом-психиатром.

Прошу рассмотреть документы, необходимые для обследования, и выдать психолого-медико-педагогическое заключение.

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка