

Приложение к Регламенту проведения профилактических мероприятий среди несовершеннолетних в целях выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ от 30.05.2018 г.

Главному врачу СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница»

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения 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 Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

выражаю согласие на проведение по направлению правоохранительных органов медицинского освидетельствования на состояние опьянения моего сына (дочери), воспитанника \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения)

обучающегося (-йся) в \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной/социальной организации)

или проживающего в \_\_\_\_\_  
(наименование организации, оказывающей социальные услуги несовершеннолетним)

в рамках оперативно-профилактических мероприятий, проводимых в \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной/оказывающей социальные услуги несовершеннолетним организации)

в период с 01.09.20\_\_ г. по 31.05.20\_\_ г. без предварительного предупреждения.

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

Мне разъяснено, что в любое время я имею право отозвать данное согласие путем подачи письменного заявления.

В случае получения положительного результата у моего сына (дочери) прошу проинформировать меня по телефону \_\_\_\_\_ или по электронной почте \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)