

*Руководителю
Территориальной психолого –
медико – педагогической комиссии
Печенгского муниципального округа
Чивиль М.В*

от _____
(ФИО)

проживающего по адресу:

контактный телефон:

согласие.

Я, _____
(ФИО (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)