ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, _____
Ф.И.О., дата рождения
являясь родителем (законным представителем) ребенка
_____
Ф.И.О., дата рождения
_____г.р., участника (цы) интенсивной профильной образовательной программа «Подмосковная проектная школа».
Паспорт: серия _____ №_____, выданный_____
_____
_____
Адрес регистрации: _____
Фактический адрес: _____
Контактный тел. _____

даю информированное добровольное согласие на экспресс тестирование на COVID-19 путем осуществления забора капиллярной крови (из пальца) моего ребенка медицинскими работниками на территории ГБУ МО ОК «Левково».

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. родителя или законного представителя ребенка)