

**Информированное добровольное согласие  
на обязательное психиатрическое освидетельствование (ФОРМА)**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**даю своё согласие** на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

**Даю свое согласие** на направление экземпляра медицинского заключения по результатам психиатрического освидетельствования своему работодателю

\_\_\_\_\_.

“    ”                      20    года.

\_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моём присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О.)