

Руководителю ТПМПК Гатчинского
муниципального района Ленинградской области
Калягину С.А.

от (Ф.И.О. полностью)

зарегистрированного(-ой) по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ от несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет

Я, _____,
ФИО

Дата рождения

согласен на обследования специалистами ТПМПК Гатчинского муниципального района
Ленинградской области, включая врача-психиатра.

« ____ » _____ 20 ____ г
дата

ПОДПИСЬ

На обработку персональных данных согласен (на) _____ / _____
подпись / расшифровка