Руководителю Территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
Ковдорского муниципального округа

_____

от _____

проживающего по адресу

_____

_____

контактный телефон

_____

согласие лиц, достигших 18-летнего возраста.

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.

«____»_____ _____ подпись