

СОГЛАСИЕ на тестирование

« ____ » _____ 20__ года

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)
паспорт _____ серия _____ № _____ выдан _____,
проживающий (ая) по адресу _____,
являясь законным представителем *(матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)*
_____ *(фамилия, имя, отчество ребенка - полностью)*

настоящим даю свое согласие на тестирование моего ребенка _____

с использованием Программы для дистантного скринингового обследования зрения (ДВС)/Software tool for distant screening vision examination (DVS).

Я информирован о целях, объеме, характере предлагаемого тестирования;

Я даю свое согласие на обработку, использование результатов тестирования в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова Минздрава России»;

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предстоящего тестирования и получил на них исчерпывающие ответы;

Я подтверждаю, что решение о проведении тестирования является моим собственным, добровольным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Подпись:

(Ф.И.О. полностью, подпись)