**СОГЛАСИЕ**

**на проведение психологического обследования**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа)

Серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места проживания гражданина с указанием почтового индекса)

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на проведение моего психологического обследования, а также   
на посещение моей семьи по месту жительства для оценки моей готовности, в том числе психологической готовности, и способности к приему в семью ребенка-сироту, ребенка, оставшегося без попечения родителей, в рамках предоставления мне государственной услуги: «Подготовка граждан, выразивших желание принять детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на семейные формы устройства».

С основаниями, целями и порядком проведения моего психологического обследования и социально-психологической диагностики моей семьи ознакомлен (ознакомлена).

|  |  |
| --- | --- |
| (подпись гражданина)  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (расшифровка подписи) |