от совершеннолетнего обучающегося

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на прохождение практической подготовки в период реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19

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

(Ф.И.О.)

дата рождения « » г.,

проживающий(ая):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю добровольное согласие БПОУ РА «Медицинский колледж» на прохождение практической подготовки в период реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Подтверждаю, что данное решение мной принято добровольно, без принуждения с чьей-либо стороны.

Мне разъяснено, что прохождение практической подготовки допускается только после моего письменного согласия, выраженного в настоящем заявлении.

Мне также разъяснено, что прохождение практической подготовки обучающимися организованно в соответствии с Порядком организации и проведения практической подготовки, обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования, утвержденным приказом Минздрава России от 3 сентября 2013 г. № 620н, посредством выполнения обучающимися следующей деятельности:

консультационная поддержка населения по вопросам организации медицинской помощи населению при подозрении на коронавирусную инфекцию, в том числе консультирование лиц, находящихся в самоизоляции;

обработка статистической информации, связанной с коронавирусной инфекцией;

участие в подготовке информационных сообщений по вопросам, связанным с коронавирусной инфекцией;

проведение профилактических и разъяснительных мероприятий среди населения по вопросам, связанным с коронавирусной инфекцией;

взаимодействие с социальными службами по вопросам обслуживания лиц, нуждающихся в социальной помощи;

доставка лицам, находящимся в самоизоляции, продуктов питания, лекарственных препаратов, средств первой необходимости;

участие в выявлении круга лиц, контактировавших с лицами, в отношении которых имеются подозрения на коронавирусную инфекцию или подтвержденные случаи заболевания коронавирусной инфекцией;

участие в оказании медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе оказывающих специализированную медицинскую помощь;

иные виды деятельности.

Своей волей и в своем интересе даю добровольное согласие на участие в осуществлении вышеперечисленной деятельности. Настоящее согласие действует с момента его подписания в течение всего срока прохождения практической подготовки.

При этом я информирую, что не имею каких - либо заболеваний, противопоказаний, которые препятствовали бы прохождению практической подготовки в период реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Заполнено и подписано собственноручно.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(фамилия и.о.) (подпись)