**Информированное согласие**

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие на проведение психологического обследования в ГБУ АО «Северодвинский детский дом » с целью принятия решения о рекомендации к принятию на воспитание в семью ребенка, оставшегося без попечения родителей.

Информация может передаваться в Управление социального развития, опеки и попечительства в виде устных сообщений, записей, результатов тестирования и психологического заключения.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись кандидата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_