

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на прохождение практической подготовки в условиях предупреждения распространения
новой коронавирусной инфекции COVID-19

Я, _____,
(Ф.И.О.)
дата рождения « ____ » _____ г., проживающий(ая): _____

согласен на прохождение практической подготовки в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

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

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

Мне также разъяснено, что прохождение практической подготовки обучающимися организовано 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, в том числе посредством выполнения следующей деятельности:

консультационная поддержка населения по вопросам организации медицинской помощи населению при подозрении на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, в том числе консультирование лиц, находящихся в самоизоляции;

обработка статистической информации, связанной с новой коронавирусной инфекцией COVID-19;

участие в подготовке информационных сообщений по вопросам, связанным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19;

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 в соответствии с Порядком участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности, утвержденным приказом Минздрава России от 22 августа 2013 г. № 585н;

иные виды деятельности.

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

Заполнено и подписано собственноручно.

« ____ » _____ 2020 года _____ / _____ /
(ФИО) (подпись)