

**Информированное добровольное согласие с планом фармакологической поддержки
(применение лекарственных препаратов, медицинских изделий, биологически активных
добавок и специализированных пищевых продуктов) подготовки в период проведения
учебно-тренировочных мероприятий и спортивных соревнований спортсмена спортивной
сборной команды Российской Федерации**

_____ (название спортивной команды, название федерации)

Я _____, проживающий (ая) по
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

адресу: _____
Документ, удостоверяющий личность, _____ серия _____ номер _____ выдан

_____ (дата выдачи и название выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, _____, паспорт _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения)

выдан _____
(дата выдачи и название выдавшего органа)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»:

Я получил (а) полную информацию о лекарственных препаратах, медицинских изделиях и биологически активных добавках, применяемых в процессе фармакологической поддержки спортивной подготовки, а именно: _____

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной для меня форме, мною поняты, и я добровольно ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на использование медикаментов и БАД в предложенном объеме.

Мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другую информацию, необходимую для корректировки моего учебно-тренировочного процесса и составления индивидуальной программы моей спортивной подготовки с применением фармакологической поддержки, РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ И ОБРАБАТЫВАТЬ, без последующего запроса на использование и уведомление сторон:

- тренерскому составу и руководству моей спортивной федерации;
- ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России;
- Управлению спортивной медицины и цифровизации ФМБА России;
- ФГБУ «ЦСП».

« _____ » _____ 20 _____ года

Подпись _____

Расписался в моем присутствии

Ф.И.О. и должность медицинского работника _____

_____ (подпись)