

**Информированное добровольное согласие
законного представителя ребенка
на выписку рецептов на продукты детского питания
в рамках мер социальной поддержки
по обеспечению бесплатным питанием детей до трех лет**

Ф.И.О. пациента _____

Возраст пациента _____ Дата рождения _____

Я, _____

(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства пациента либо его законного представителя)

в соответствии с требованиями Постановления Правительства Свердловской области от 02.03.2011 №167-ПП «О реализации мер социальной поддержки проживающих в Свердловской области беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет по обеспечению полноценным питанием, детей, страдающих тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока, и детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении специализированными продуктами лечебного питания за счет средств областного бюджета», на основании Приказа Минздрава Свердловской области от 13.04.2022 №779-п «О реализации мер социальной поддержки по обеспечению полноценным питанием детей, проживающих в Свердловской области, в возрасте до трех лет, а также детей, страдающих тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока, и детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении специализированными продуктами лечебного питания» даю **информированное добровольное согласие, на выписку моему ребенку рецептов на продукты детского питания** (адаптированные молочные смеси, специальные молочные продукты детского питания (жидкие, пастообразные или сухие молочные продукты) *(нужное подчеркнуть)*), **в рамках мер социальной поддержки по обеспечению бесплатным питанием детей до трех лет.**

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной и понятной для меня форме, мне представлена информация: о необходимом перечне документов и порядке выдачи рецептов на получение мер социальной поддержки по обеспечению бесплатным питанием детей до трех лет; об объеме выдаваемых молочных продуктов детского питания в месяц; об адресах раздаточных пунктов питания, организациях торговли, через которые осуществляется обеспечение бесплатным питанием детей в возрасте до трех лет, о графике и времени их работы;

Мне разъяснено, что я имею право получать продукты детского питания только в том календарном месяце, на который оформлен рецепт, выдача продуктов детского питания в текущем месяце по рецепту, оформленному на предшествующий и последующий календарные месяцы, не осуществляется; кроме того месячная норма продуктов детского питания, подлежащая обеспечению по рецепту, выдается равными частями в соответствии с выбранной периодичностью выдачи в дни, установленные графиком выдачи.

Я уведомлен__ о том, что выдача продуктов детского питания, через организации торговли, осуществляется по бланкам электронных рецептов, для этого на ребенка формируется персонафицированная заявка на продукты питания, в связи с этим, отсутствует возможность выписки повторного электронного рецепта.

(подпись) _____ (Ф.И.О. законного представителя)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ 20____ г.

(дата оформления)