Соглашение о согласованном уровне допустимого риска

Имя участника: _____

Идентификатор MSSP: _____

Желание/предпочтение участника:

_____

Текущая ситуация/причина (-ы) для беспокойства:

_____

Возможные/вероятные негативные последствия:

_____

Возможные альтернативы для минимизации риска:

_____

Окончательное соглашение, если таковое было достигнуто всеми сторонами:

_____

Периодичность повторной оценки риска: _____

_____	_____	_____
Имя (печатными буквами) (Участник/Представитель)	**Подпись**	**Дата**
_____	_____	_____
Имя (печатными буквами)/ должность (Менеджер по координации ухода)	Подпись	Дата