

Руководителю

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося)  
класс (группа): \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольное информирование согласие  
обучающегося, достигшего возраста 15 лет на участие  
в социально-психологическом тестировании,  
направленном на раннее выявление немедицинского потребления  
наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью),  
«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, проживаю \_\_\_\_\_ по  
адресу \_\_\_\_\_ (указывается  
фактический адрес проживания обучающегося), даю свое добровольное согласие  
на участие в социально-психологическом тестировании в 20\_\_ - 20\_\_ учебном  
году.

О целях, процедуре и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях, а также о порядке проведения профилактического медицинского осмотра.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования и его продолжительности.

О конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 16.06.2014 N 658 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о себе, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс (группу) в поименных списках для передачи обобщенных результатов социально-психологического тестирования в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для планирования дополнительных мер по профилактике немедицинского потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Расшифровка

Дата

Руководителю

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
адрес: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа): \_\_\_\_\_,  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Добровольное информирование согласие  
обучающегося, достигшего возраста 15 лет на участие в  
профилактическом медицинском осмотре, направленном на раннее  
выявление немедицинского потребления наркотических средств и  
психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью),  
паспортные \_\_\_\_\_ данные  
\_\_\_\_\_ (серия, номер, дата и  
место выдачи паспорта), «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, проживаю \_\_ по  
адресу \_\_\_\_\_ (указывается  
фактический адрес проживания обучающегося),

даю свое добровольное согласие на участие в профилактическом  
медицинском осмотре в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского  
осмотра, направленного на раннее выявление немедицинского потребления  
наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах  
проведения профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического  
медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского  
осмотра осведомлен(а), с Порядком проведения профилактических медицинских  
осмотров, обучающихся в общеобразовательных организациях и  
профессиональных образовательных организациях, а также образовательных  
организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного  
потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденного  
Приказом Минздрава России от 06.10.2014 N 581н ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Расшифровка

Дата