

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