

Руководителю

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

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

**Информирование согласие обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие  
в социально-психологическом тестировании**

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

О целях, процедуре 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.

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  
от 20.02.2020 г N59 (Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц,  
обучающихся в образовательных организациях высшего образования от 20.02.2020г. №239)  
ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
Подпись

/ \_\_\_\_\_ /  
Расшифровка

Дата

Руководителю

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

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обучающегося)

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

**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), « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_ проживаю по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания обучающегося), **даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году, а также на передачу в территориальную организацию здравоохранения своих персональных данных для проведения профилактического медицинского осмотра, а именно: ФИО, дату рождения, класс (группу), результаты социально-психологического тестирования.

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 и Приказом Минздрава России от 23.03.2020г. №213н ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
Подпись

/ \_\_\_\_\_ /  
Расшифровка

Дата