

Директору ГОКУ «Санаторная школа интернат №4»
М.А. Правдюк

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/ не даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании в 20__ - 20__ учебном году (нужное подчеркнуть).

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

Директору ГОКУ «Санаторная школа интернат №4»
М.А. Правдюк

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