

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