

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 / не даю**
(нужное подчеркнуть) свое добровольное 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 ознакомлен(а).

Подпись
Дата

/ _____ /
Расшифровка

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 / не даю**
(нужное подчеркнуть) свое добровольное 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 ознакомлен(а).

Подпись
Дата

/ _____ /
Расшифровка

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 профилактику незаконного потребления обучающимися 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 добровольное согласие на участие 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 от 20.02.2020 г N 59 (Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в образовательных организациях высшего образования от 20.02.2020г. № 239) ознакомлен(а).

Подпись
Дата

/ _____ /
Расшифровка

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 профилактику незаконного потребления обучающимися 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 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 от 20.02.2020 г N 59 (Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в образовательных организациях высшего образования от 20.02.2020г. № 239) ознакомлен(а).

Подпись
Дата

/ _____ /
Расшифровка