

Информированные согласия

Директору

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

от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. родителя/законного представителя)  
адрес проживания: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

Добровольное информирование согласия родителя (законного представителя) обучающегося, не достигшего возраста 15 лет на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление медицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью), являюсь \_\_\_\_\_ родителем \_\_\_\_\_ (законным представителем) обучающегося « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании в 20 \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_ учебном году.

О целях, процедуре и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление медицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных 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, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс 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.

Дата: \_\_\_\_\_ (Подпись) \_\_\_\_\_ (Расшифровка)

Информированные согласия

Дата: \_\_\_\_\_ (Подпись) \_\_\_\_\_ (Расшифровка)

Разрешаю предоставлять информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс 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.

О конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а).  
С Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 ознакомлен(а).

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования и его продолжительности.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях, а также о порядке проведения профилактического медицинского осмотра.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных 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, утвержденного Приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс 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.

адрес: \_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)  
от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. родителя/законного представителя)  
адрес проживания: \_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_