Руководителю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Информированное 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Информированное 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