

Руководителю

(наименование образовательной организации)

(Ф.И.О. руководителя)

от _____
(Ф.И.О. обучающегося) домашний адрес: , контактный
телефон _____

Добровольное информированное согласие обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, (Ф.И.О. обучающегося полностью), «» года рождения, проживающего по адресу:

(указывается фактический адрес проживания обучающегося), даю свое добровольное согласие на участие в социально-психологическом тестировании в 202 - 202_ 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 Минпросвещения России от 20

«»20 _____ г.

подпись/

расшифровка