Директору

(наименование образовательной организации)

адрес:

от

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

адрес проживания:

,

контактный телефон:

**Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя) обучающегося, не 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. полностью), являюсь родителем (законным представителем)

(Ф.И.О.

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 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 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)

Директору

(наименование образовательной организации)

адрес:

от

(Ф.И.О. обучающегося)

адрес проживания:

, 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, (Ф.И.О. обучающегося полностью), « » года рождения, 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 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 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.

Дата: / /

(Подпись) (Расшифровка)

**Информированные согласия**

Ректору

(наименование образовательной организации)

адрес:

от

(Ф.И.О. обучающегося)

адрес проживания:

, 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, (Ф.И.О. обучающегося полностью), « » года рождения, **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 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 образовательных организациях высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 20.02.2020 № 239 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.

Дата: / /

(Подпись) (Расшифровка)

**Информированные отказы**

Директору

(наименование образовательной организации)

адрес:

от

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

адрес проживания:

,

контактный телефон:

**Добровольный информированный отказ родителя (законного представителя) от прохождения социально-психологического тестирования по Единой методике**

**обучающегося, не достигшего возраста 15 лет**

Я,

(указать Ф.И.О. полностью)

- родитель (законный представитель)

(указать Ф.И.О. ребенка, год рождения)

обучающегося

(название и номер образовательной организации, класс/группа)

отказываюсь от прохождения моим ребенком социально-психологического тестирования по Единой методике в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Об условиях и 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).

Дата: / /

(Подпись) (Расшифровка)

**Информированные отказы**

Директору

(наименование образовательной организации)

адрес:

от

(Ф.И.О. обучающегося)

адрес проживания:

, контактный телефон:

**Добровольный информированный отказ от прохождения социально- психологического тестирования по Единой методике обучающегося, достигшего**

**возраста 15 лет**

Я,

(указать Ф.И.О. полностью, год рождения)

обучающийся

(название и номер образовательной организации, класс/группа)

отказываюсь от прохождения мною социально-психологического тестирования по Единой методике в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Об условиях и 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).

Дата: / /

(Подпись) (Расшифровка)

**Информированные отказы**

Ректору

(наименование образовательной организации)

адрес:

от

(Ф.И.О. обучающегося)

адрес проживания:

, контактный телефон:

**Добровольный информированный отказ от прохождения социально- психологического тестирования по Единой методике обучающегося, достигшего**

**возраста 15 лет**

Я,

(указать Ф.И.О. полностью, год рождения)

обучающийся

(название и номер образовательной организации, группа)

отказываюсь от прохождения мною социально-психологического тестирования по Единой методике в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а).

С Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в образовательных организациях высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 20.02.2020 № 239 ознакомлен(а).

Дата: / /

(Подпись) (Расшифровка)