

Директору МАОУ гимназия №40  
Н.А. Дикину  
адрес: город Екатеринбург, ул. Мичурина, д.181  
от \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя(законного представителя))

адрес проживания  
\_\_\_\_\_

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, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, **ДАЮ** свое добровольное согласие на участие в социально-психологическом тестировании в 2023/2024 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 тестирования и его продолжительности.

О конфиденциальности проведения тестирования ознакомлен (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 г. №59 ознакомлен (а).

Разрешаю предоставить информацию о себе, 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 МАОУ гимназия №40

Н.А. Дикину

адрес: город Екатеринбург, ул. Мичурина, д.181

от \_\_\_\_\_

(ФИО родителя(законного представителя))

адрес проживания

\_\_\_\_\_

контактный телефон

\_\_\_\_\_

**Добровольный информированный отказ родителя (законного представителя) от прохождения социально-психологического тестирования по Единой методике обучающихся, достигшего возраста 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, 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 г. №59 ознакомлен (а).

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Расшифровка)