Приложение № 4

к приказу Минобрнауки РД

от « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. № \_\_\_\_\_\_

Директору (наименование ОО)

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

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

(Ф.И.О. директора ОО)

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

(Ф.И.О. обучающегося)

класс/группа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. полностью),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адре­су: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается фактический адрес прожива­ния обучающегося),

даю свое добровольное согласие на участие в социально-психологическом тестировании в 2018/­2019 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 Минобрнауки России от 16.06.2014 г. N 658 ознаком­лен).

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 Ф.И.О.