

Информированные согласия

Директору МАОУ СОШ № 125
адрес: г. Екатеринбург, ул. Чекистов 21
от _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)
адрес проживания: _____,
конт. телефон: _____

Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя) обучающегося достигшего возраста 13 лет и старше, 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,
проживающего по адресу:

_____ (указывается фактический адрес проживания, обучающегося), 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.

Подпись (Расшифровка)

Дата: «____» _____ 2020 г.

Информированные согласия

Директору МАОУ СОШ № 125
адрес: г. Екатеринбург, ул. Чекистов 21
от _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)
адрес проживания: _____,
конт. телефон: _____

Добровольное информирование согласие родителя (законного представителя) обучающегося достигшего возраста 13 лет и старше, 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,
проживающего по адресу:

_____ (указывается фактический адрес проживания, обучающегося), 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.

Подпись (Расшифровка)

Дата: «____» _____ 2020 г.