Директору МБОУ «Гимназия №2»

Т.Л.Середовских от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

класс: \_\_\_\_\_\_\_\_,

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# Информированное согласие обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в социально-психологическом тестировании

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО обучающегося полностью), «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживаю по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается фактический адрес проживания, обучающегося), **даю/не даю** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ свое согласие на участие в социальнопсихологическом тестировании в 20\_\_\_ - 20\_\_\_\_ учебном году.

Поставлен(а). в известность о целях, процедуре социальнопсихологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социальнопсихологического тестирования и его продолжительности.

Осведомлен(а) о конфиденциальности проведения тестирования.

Ознакомлен(а) с Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, утвержденным приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 20 февраля 2020 года №59,

(Ознакомлен(а) Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в образовательных организациях высшего образования, утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20 февраля 2020года №239)

В случае несогласия, а также в целях совершенствования работы по проведению тестирования, просим Вас изложить причину отказа от участия

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

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

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

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата: Подпись Расшифровка