

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество обучающегося) (дата рождения)

\_\_\_\_\_,  
(наименование образовательной организации, класса)

адрес: \_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_,

**даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и поставлен(а) в известность получателем информации

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

о соблюдении им конфиденциальности при проведении и хранении результатов социально-психологического тестирования;

**даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое добровольное согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в целях раннего выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ, проводимым государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ярославской области «Ярославская областная клиническая наркологическая больница» и поставлен(а) в известность о неразглашении результатов профилактического медицинского осмотра.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_