

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

(фамилия, имя, отчество обучающегося, дата рождения)
_____,
(наименование образовательной организации, класса)
адрес: _____,
телефон _____,

даю / не даю (нужное подчеркнуть) согласие на участие

(фамилия, имя, отчество обучающегося)
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) добровольное согласие на участие

(фамилия, имя, отчество обучающегося)
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 _____