Руководителю

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

(наименование образовательной организации)

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

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

группа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

**Информированное согласие**

**обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в профилактическом**

**медицинском осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского**

**потребления наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью), паспортные

данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия, номер, дата и

место выдачи паспорта), «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживаю по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается фактический адрес

проживания обучающегося), **даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое добровольное

согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в 20\_\_\_ - 20\_\_\_\_ учебном

году, а также на передачу в территориальную организацию здравоохранения своих

персональных данных для проведения профилактического медицинского осмотра, а

именно: ФИО, дату рождения, класс (группу), результаты социально-психологического

тестирования.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра,

направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств

и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения

профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического

медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра

осведомлен(а), с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров,

обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных

образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего

образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств

и психотропных веществ, утвержденного Приказом Минздрава России от 06.10.2014 N

581н ознакомлен(а).

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

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

Подпись Расшифровка

Дата

Руководителю

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

(наименование образовательной организации)

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

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

группа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

**Информированное согласие**

**обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в профилактическом**

**медицинском осмотре, направленном на раннее выявление немедицинского**

**потребления наркотических средств и психотропных веществ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО обучающегося полностью), паспортные

данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия, номер, дата и

место выдачи паспорта), «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживаю по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указывается фактический адрес

проживания обучающегося), **даю / не даю** (нужное подчеркнуть) свое добровольное

согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре в 20\_\_\_ - 20\_\_\_\_ учебном

году, а также на передачу в территориальную организацию здравоохранения своих

персональных данных для проведения профилактического медицинского осмотра, а

именно: ФИО, дату рождения, класс (группу), результаты социально-психологического

тестирования.

О целях, процедуре и последствиях профилактического медицинского осмотра,

направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств

и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке и этапах проведения

профилактического медицинского осмотра обучающихся.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения профилактического

медицинского осмотра.

О конфиденциальности проведения профилактического медицинского осмотра

осведомлен(а), с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров,

обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных

образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего

образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств

и психотропных веществ, утвержденного Приказом Минздрава России от 06.10.2014 N

581н ознакомлен(а).

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

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

Подпись Расшифровка

Дата