

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 _____

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 _____