

Руководителю

_____ (наименование образовательной организации)
адрес: _____

от _____ (Ф.И.О. обучающегося)

класс (группа): _____,
контактный телефон: _____

**Добровольное информирование 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