

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА ПЯТНАДЦАТИ ЛЕТ

Я,

\_\_\_\_\_ ,  
(фамилия, имя, отчество обучающегося)

\_\_\_\_\_ ,  
(дата рождения)

обучающийся в муниципальном общеобразовательном учреждении "Средняя школа № 7"

в \_\_\_\_\_ классе.

телефон \_\_\_\_\_.

- даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие в социально-психологическом тестировании, направленном выявление латентной и явной рискогенности социально-психологических условий, формирующих у обучающихся психологическую готовность к аддиктивному (зависимому) поведению и поставлен(а) в известность о соблюдении 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 \_\_\_\_\_