

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

_____,

(дата рождения)

_____,

(наименование образовательной организации, класса)

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;

Дата _____

Подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество обучающегося)

(дата рождения)

(наименование образовательной организации, класса)

телефон _____

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 _____

Форма для родителя (законного представителя)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, родитель (законный представитель)

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

(дата рождения)

(наименование образовательной организации, класса)

телефон _____

даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на участие моего ребенка (подопечного) 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;

Дата _____

Подпись _____

Форма для родителя (законного представителя)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, родитель (законный представитель)

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

(дата рождения)

(наименование образовательной организации, класса)

телефон _____

даю/не даю (нужное подчеркнуть) свое добровольное согласие на участие моего ребенка (подопечного) 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 _____

