

Директору _____
(наименование образовательной организации)

(Фамилия Имя Отчество)

адрес: _____

_____ ОТ _____
(Ф.И.О. матери / отца / иного законного представителя обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет)

адрес: _____

телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ

родителя (законного представителя) от участия в социально-психологическом тестировании, направленного на раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ по Единой методике несовершеннолетнего, не достигшего возраста 15 лет

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу _____,

паспорт _____ выдан _____
(серия, номер) (кем и когда)

_____ являясь родителем/ законным представителем несовершеннолетнего

(фамилия, имя, отчество ребенка)

отказываюсь от участия моего ребенка в социально-психологическом тестировании и профилактическом медицинском осмотре.

О целях, процедуре и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в известность поставлен(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях, я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования и его продолжительности, о конфиденциальности проведения тестирования.

Я подтверждаю, что, отказываясь от участия моего ребенка в социально-психологическом тестировании я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Мне разъяснены мои права и обязанности, связанные с обработкой персональных данных.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____/_____
(Подпись) (Расшифровка подписи)