

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)