**Добровольное информирование-согласие на проведение социально-психологического тестирования обучающегося,**

**достигшего возраста 15 лет**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать Ф.И.О. полностью) Обучающийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название и номер образовательной организации) ,\_\_\_\_\_\_\_\_ класса (группы) \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, даю свое согласие на прохождение мною социально- психологического тестирования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ. Об условиях и конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а),с «Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» ознакомлен(а). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Подпись Расшифровка

Дата