

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

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

(дата рождения)

(наименование образовательной организации, класса)

телефон _____

- даю/не даю (нужное подчеркнуть) своё согласие на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на выявление склонности к рисковому поведению и поставлен(а) в известность о соблюдении конфиденциальности при проведении и хранении результатов социально-психологического тестирования;
- даю/не даю (нужное подчеркнуть) своё согласие на участие в профилактическом медицинском осмотре, проводимом государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ярославской области «Ярославская областная клиническая наркологическая больница» и поставлен(а) в известность о неразглашении результатов профилактического медицинского осмотра.

Дата _____

Подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, родитель (законный представитель)

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

(дата рождения)

(наименование образовательной организации, класса)

телефон _____

- даю/не даю (нужное подчеркнуть) своё согласие на участие моего ребёнка (подопечного) в социально-психологическом тестировании, направленном на выявление склонности к рисковому поведению и поставлен(а) в известность о соблюдении конфиденциальности при проведении и хранении результатов социально-психологического тестирования;

- даю/не даю (нужное подчеркнуть) своё согласие на участие моего ребёнка (подопечного) в профилактическом медицинском осмотре, проводимом государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ярославской области «Ярославская областная клиническая наркологическая больница» и поставлен(а) в известность о неразглашении результатов профилактического медицинского осмотра.

Дата _____

Подпись _____