

**Бланк информационного отказа
обучающегося, достигшего возраста 15 лет
(подведомственные МОиМП СО, муниципальные)**

Директору

_____ (наименование образовательной организации)

адрес: _____

от _____
(Ф.И.О. обучающегося)

адрес проживания: _____

контактный телефон: _____

Добровольный информированный отказ обучающегося, достигшего возраста 15 лет, на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ

Я, _____
(Ф.И.О. обучающегося полностью)

«___» _____ года рождения, отказываюсь от участия в социально-психологическом тестировании в 2026/2027 учебном году.

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, а также о порядке проведения профилактического медицинского осмотра.

Я информирован(а) о месте, условиях проведения социально-психологического тестирования и его продолжительности.

О конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а).

С Порядком проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, утвержденного Приказом Министерства образования Свердловской области от 25.06.2026 №133-и, ознакомлен(а).

Дата: _____ / _____ / _____
(Подпись) (Расшифровка)