Форма для обучающегося

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