**Уважаемые родители!**

Во исполнение приказа Министерства образования и молодежной политики Свердловской области от 16.06.2020 №134-И «О проведении социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях Свердловской области, направленного на профилактику незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ с использованием единой методики» в период с 1 по 30 ноября 2020 года и будет проведено социально-психологическое тестирование обучающихся в возрасте 13-18 лет по ЕДИНОЙ МЕТОДИКЕ.

Целью тестирования является выявление скрытой и явной рискогенности социально-психологических условий, формирующих психологическую готовность к аддиктивному (зависимому) поведению у лиц подросткового и юношеского возраста.

Эти мероприятия проводятся на территории всей Российской Федерации одновременно в обозначенный период, протоколу от 24 декабря 2018 года № 39 п.2.7 ГАК

Тестирование проводится на регулярной основе 1 раз в год начиная с 7 класса.

Тестирование пройдет конфиденциально, но не анонимно, данные будут доступны исключительно психологу, родителям и самому обучающемуся.

Методика СПТ применяется для тестирования лиц подросткового и юношеского возраста старше 13 лет.

**Методика не оценивает детей!** При работе с ней подростки, юноши и девушки сами оценивают социально-психологические условия, в которых находятся.

Это **опрос, выявляющий мнения,** представления и позиции обучающихся относительно их самих и обстоятельств, в которых они находятся.

Методика **не может** быть использована для формулировки заключения о наркотической или иной зависимости!!! Она выявляет **социально-психологические предпосылки**, которые **в определенных обстоятельствах могут спровоцировать** желание попробовать наркотик.

Так как все **результаты деперсонифицированы**, получить индивидуальные результаты обучающегося из работников и руководства образовательной организации никто не сможет без нарушения законодательства Российской Федерации.

С конфиденциальной информацией о ребенке имеет право работать **только педагог-психолог** образовательной организации, который имеет соответствующее образование. Обнародоваться и обсуждаться будут только **усредненные (статистические) результаты** и иметь вид статистического отчета по классу или школе в целом.

Просим Вас заполнить данное согласие на участие вашего ребенка в социально-психологическом тестировании.

Благодаря тестированию вы сможете увидеть, что именно вызывает у ребенка негативные переживания и повлиять не на ребенка, а на источник, на те трудности, с которыми он сталкивается.

**Все результаты тестирования строго конфиденциальны!**

* Тестирование осуществляется в организации согласно разработанного положения о конфиденциальной информации.
* Каждому обучающемуся присваивается индивидуальный код участника, который делает невозможным персонификацию данных.
* Список индивидуальных кодов и соответствующих им фамилий хранится в образовательной организации в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2007 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».
* Персональные результаты могут быть доступны только трем лицам: родителю, ребенку и педагогу-психологу.

**В связи с вышеизложенным, просим Вас заполнить данное согласие на участие вашего ребенка в социально-психологическом тестировании.**

УТВЕРЖДЕНО

приказом директора МАОУ «Азигуловская СОШ»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

родителя (законного представителя)

на участие в социально-психологическом тестировании

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)

даю свое добровольное согласие на участие моего ребенка в социально-психологическом тестировании.

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 общеобразовательных 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, а также в образовательных организациях высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 16.06.2014 N 658 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс в поименных списках для передачи обобщенных результатов социально-психологического тестирования в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для планирования дополнительных мер по профилактике немедицинского потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

**Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, 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)

УТВЕРЖДЕНО

приказом директора МАОУ «Азигуловская СОШ»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет,

на участии в социально-психологическом тестировании

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер) (кем и когда)

даю свое добровольное согласие на участие в социально-психологическом тестировании.

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, а также в образовательных организациях высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 16.06.2014 N 658 ознакомлен(а).

Разрешаю предоставлять информацию обо мне, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс в поименных списках для передачи обобщенных результатов социально-психологического тестирования в орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья для планирования дополнительных мер по профилактике немедицинского потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

**Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, 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)