

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**  
родителя (законного представителя)  
на участие в психологическом тестировании  
несовершеннолетнего

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 психологическом тестировании в рамках сдачи вступительным испытаний при приеме на обучение в государственное бюджетное профессиональное учреждение Ставропольского края «Ставропольское училище олимпийского резерва (техникум)».

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

О конфиденциальности проведения тестирования осведомлен(а), с Порядком проведения психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, 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)