

Приложение 2
к распоряжению
министерства науки
и высшего образования
Самарской области
от 15.09.2025 № 22-р

Руководителю _____

(наименование ОО ВО)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. обучающегося)

группа: _____

контактный телефон: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ (ОО ВО)¹

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____

(Ф.И.О. обучающегося)

- добровольно даю согласие на включение меня в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах
- отказываюсь от включения в поименный список для участия в дополнительных профилактических медицинских осмотрах

**в случае отказа, пожалуйста, укажите причину:*

Профилактические медицинские осмотры обучающихся организуются в соответствии приказом Министерства здравоохранения РФ от 25.04.2025 № 256н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Я получил(а) объяснения о цели и порядке проведения профилактических медицинских осмотров, о возможности пройти медицинский осмотр в иные даты, чем установленные в соответствии с пунктом 9 Порядка ПМО, в иной медицинской организации, соответствующей требованиям, указанным в пункте 5 Порядка ПМО, а также о возможных последствиях отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра.

Разрешаю предоставить информацию о себе, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс (группу) в поименных списках для передачи в медицинскую организацию, организующую ПМО, для планирования дополнительных мер по профилактике раннего немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: _____

¹ Оформляется по результатам тестирования обучающихся тех образовательных организаций, которые вошли в список ОО, сформированный министерством здравоохранения