Приложение № 1

Распорядительный акт

о проведении социально-психологического тестирования

обучающихся,направленного на раннее выявление немедицинского

потребления наркотических средств и психотропных веществ

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

В соответствии с Федеральным законом от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказом Министерства образования, науки и молодежной политики Забайкальского края от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_202 г., №\_\_\_\_\_\_\_\_\_, приказом Управления образования Администрации муниципального района «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ***п р и к а з ы в а ю:***

1. Провести в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_социально-психологическое

(наименование образовательной организации)

тестирование обучающихся, направленное на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. Назначить ответственным за проведение социально-психологического тестирования (далее - тестирование) обучающихся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (должность, Ф.И.О.)

1. Утвердить состав комиссии, осуществляющей непосредственное проведение тестирования в составе:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до начала тестирования организовать

 (должность, Ф.И.О.)

получение информированного согласия в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет, а также информированного согласия в письменной форме обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сформировать поимённые списки обучаю-

 (должность, Ф.И.О.)

щихся, участвующих в тестировании, составленные по итогам получения от обучающихся либо от их родителей или законных представителей информированных согласий в письменной форме об участии в тестировании.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_организовать организационно-техническое

 (должность, Ф.И.О.)

сопровождение тестирования обучающихся.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обеспечить направление акта передачи

 (должность, Ф.И.О.)

результатов социально-психологического тестирования обучающихся на предмет выявления группы риска обучающихся по потреблению наркотических средств и психотропных веществ (далее – акт передачи результатов тестирования) органам местного самоуправления в сфере образования.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО)обеспечить хранение, до момента отчисления из образовательной организации обучающегося, информированных согласий в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним.

1. Членам комиссии обеспечить безусловное соблюдение конфиденциальности при проведении тестирования и хранении результатов тестирования.
2. Контроль за выполнением настоящего Распорядительного акта возложить на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение № 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. родителя)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информированное согласие

одного из родителей (законного представителя)

обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет,

на участие в социально-психологическом тестировании,

направленном на раннее выявление немедицинского потребления

наркотических средств и психотропных веществ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), являющ\_\_ матерью (или: отцом / законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет), «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживающ\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поставлен(а) в известность о целях, процедурах и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения профилактических психологических и медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях (или: профессиональных образовательных организациях, или образовательных организациях высшего образования) в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также о порядке направления обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающее наркологическую медицинскую помощь, в случае выявления немедицинского потребления им наркотических средств и психотропных веществ в результате социально-психологического тестирования и (или) профилактического медицинского осмотра.

Я добровольно даю согласие на проведение с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося) социально-психологического тестирования, в соответствии с Приказом директора (ректора и т.п.) от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации) «О проведении социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ».

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

Я ознакомлен(а) и соглас\_\_\_ со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на тестирование представляемого по установленной процедуре.

Разрешаю в случае необходимости предоставить информацию о результатах тестирования представляемому: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а также передать ее 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.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Приложение № 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информированное согласие обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет,

на участие в социально-психологическом тестировании,

направленном на раннее выявление немедицинского потребления

наркотических средств и психотропных веществ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет), «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживающ\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поставлен(а) в известность о целях, процедурах и последствиях социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о порядке проведения профилактических психологических и медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях (или: профессиональных образовательных организациях, или образовательных организациях высшего образования) в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также о порядке направления обучающегося в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающее наркологическую медицинскую помощь, в случае выявления немедицинского потребления им наркотических средств и психотропных веществ в результате социально-психологического тестирования и (или) профилактического медицинского осмотра.

Я настоящим добровольно даю свое согласие на проведение со мной социально-психологического тестирования в соответствии с Приказом директора (ректора и т.п.) от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. №\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации) "О проведении социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ».

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

Я ознакомлен(а) и соглас\_\_\_ со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на тестирование по установленной процедуре.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах тестирования моим родителям (вариант: законным представителям), гражданам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а также передать ее 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.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Приложение № 4

Утверждаю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руководитель общеобразовательной

организации

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Список

обучающихся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование образовательной организации)

подлежащих социально-психологическому тестированию

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. | Количество полных лет | Класс/группа | Примечание |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Приложение № 5

Директору

*Полное наименование ОО*

*Ф.И.О.*

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обязательство**

**о неразглашении персональных данных**

Я, *Ф.И.О.\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(серия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(номер)*выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

понимаю, что получаю доступ к персональным данным учащихся *указать полное наименование образовательной организации.* Я также понимаю, что вовремя исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранениемперсональных данных учащихся и их родителей (законных представителей).

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб учащимся и родителям (законным представителям) как прямой, так и косвенный.

В связи с этим обязуюсь при работе (сборе, обработке и хранении) сперсональными данными учащихся и родителей (законных представителей) хранить в тайне все известные мне конфиденциальные сведения, информировать руководителя организации о фактах нарушения обращения с персональными данными, о ставших мне известными попытках несанкционированного доступа к информации.

Я обязуюсь исполнять правила пользования документами и данными, порядком их учета и хранения, обеспечивать в процессе работы сохранность информации, содержащейся в них, от посторонних лиц, знакомиться только с теми служебными документами и данными, к которым получаю доступ в силу исполнения своих служебных обязанностей.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения об:

- анкетных и биографических данных;

- результатах социально-психологического тестирования;

- составе семьи;

- паспортных данных;

- специальностях законных представителей обучающихся;

- занимаемых должностей родителей (законных представителей) обучающихся;

- адресе места жительства, домашнем телефоне;

- месте работы или учебы членов семьи и родственников обучающихся;

- иную информацию, относящуюся к персональным данным.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихсяперсональных данных учащегося, родителя (законного представителя), или их утраты, я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

*Ф.И.О. полностью*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 6

Утверждаю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руководитель общеобразовательной

 организации

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Расписание проведения

социально-психологического тестирования обучающихся,

направленного на раннее выявление немедицинского потребления

 наркотических средств и психотропных веществ

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Класс/группа | № кабинета | Дата проведения | Время начала проведения тестирования |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Приложение №7

Форма акта для образовательных организаций

Руководителю органа местного

самоуправления в сфере образования

**АКТ**

**передачи результатов социально-психологического тестирования обучающихся на предмет выявления группы риска обучающихся по потреблению наркотических средств и психотропных веществ**

за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование общеобразовательной организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(местонахождение общеобразовательной организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата и время проведения социально-психологического тестирования)

1. **Установлено:**

**а) Общее число обучающихся, подлежащих социально-психологическому тестированию:**

всего по поименному списку в возрасте от 13 лет\_\_\_\_\_\_\_, из них:

в возрасте от 13 до 14 лет \_\_\_\_\_\_\_;

в возрасте от 15 лет и старше \_\_\_\_\_\_\_;

в том числе по классам:

7 кл. - ;

8 кл. – ;

9 кл. – ;

10 кл. – ;

11 кл. – ;

**общее число обучающихся, которые прошли тестирование \_\_\_\_\_, из них:**

в возрасте от 13 до 14 лет \_\_\_\_\_\_\_;

в возрасте от 15 лет и старше \_\_\_\_\_\_\_;

в том числе по классам:

7 кл. - ;

8 кл. – ;

9 кл. – ;

10 кл. – ;

11 кл. – ;

**б) Число обучающихся, не прошедших тестирование**

всего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе по причине:

болезни \_\_\_\_\_\_\_

отказа \_\_\_\_\_\_\_\_

другие причины \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать)

1. **Передается:** в орган местного самоуправления, осуществляющий управление в сфере образования

Подписи всех членов Комиссии с расшифровкой фамилии, имени и отчества

Руководитель образовательной

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МП

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г

Приложение № 8

**Инструктаж обучающихся, участвующих в социально-психологическом тестировании**

Здравствуйте, уважаемые ребята! Вы дали добровольное согласие/Ваши родители добровольно согласились на участие в исследовании, которое проводит Министерство образования и науки Забайкальского края. Данное исследование проводится во всех регионах Российской Федерации. Тысячи школьников и студентов также как и Вы участвуют в подобном исследовании.

Когда будете отвечать на вопросы, помните все время следующие правила:

1. Не тратьте много времени на обдумывание ответов.

Конечно, вопросы часто будут не так конкретны, как Вам хотелось бы. В таком случае, отвечая, старайтесь представить, что в среднем более характерно для ситуации, о которой Вас спрашивают, и на основе этого выбирайте ответ. Отвечать надо как можно точнее, но не слишком медленно, приблизительно 5-6 вопросов в минуту.

2. Ни в коем случае ничего не пропускайте. **Давайте ответ на каждый вопрос.**

3. **Отвечайте как можно искренней.** Не надо стараться произвести хорошее впечатление своими ответами, они должны соответствовать действительности.

Все данные полученные в ходе тестирования будут обрабатываться автоматически программой. Полученные данные позволят Вам получить информацию о самом себе, содействуя развитию навыков самоанализа, позволяющему адекватно оценивать свои возможности и успешно реализовывать их в жизни.

Приложение № 9

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование образовательной организации)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. матери (отца/иного законного

представителя) обучающегося)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

об отказе от социально-психологического тестирования, направленного на раннее

выявление немедицинского потребления наркотических средств и

психотропных веществ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_года рождения,

(Ф.И.О. матери (отца/иного законногопредставителя) обучающегося)

проживающ\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

заявляю об отказе от участия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

 в социально-психологическом тестировании, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года

(Ф.И.О. обучающегося)

рождения.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Приложение №10

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

об отказе от социально-психологического тестирования, направленного на раннее

выявление немедицинского потребления наркотических средств и

психотропных веществ обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_года рождения,

(Ф.И.О. обучающегося)

проживающ\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

заявляю об отказе от участия в социально-психологическом тестировании, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**План работы по организации социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях Забайкальского края, направленный на раннее выявление незаконного потребления наркотических средств**

**и психотропных веществ в 2023-2024 учебном году**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Сроки исполнения | Результат | Ответственные |
| 1 | Подготовка организационно-технического сопровождения процедуры АИС тестированияобучающихся в образовательных организациях Забайкальского края, направленного на раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ (далее – СПТ) | до 1 сентября 2024 г. | Техническое сопровождение процедуры АИС тестирования | Государственное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт развития образования Забайкальского края» (ГУ ДПО «ИРО Забайкальского края»), государственное учреждение «Забайкальский краевой центр психолого-педагогического, медицинской и социальной помощи «Семья» (далее – ГУ «Центр «Семья») |
| 2 | Разработка и утверждение планов мероприятий по проведению СПТ, направление информационного письма в органы местного самоуправления в сфере образования | до 1 сентября 2024 г. | ПриказМинистерства образования и науки Забайкальского края, информационное письмо | Минобразования и науки Забайкальского края (далее – Минобразования) |
| 3 | Проведение СПТ для обучающихся в возрасте от 13 лет, находящихся в муниципальных районах и городских округах Забайкальского края | 16 сентября 2024 г. – 15 октября 2024 г. | результаты Тестирования | Минобразования;ГУ ДПО «ИРО»;ГУ «Центр «Семья» |
| 4 | Количественная обработка и передача данных АИС ГУ «Центр «Семья» | в течение 7 дней со дня завершения СПТ | общие данные по краю, информация по каждому району (таблицы, диаграммы), анализ групп риска по каждому району (по классам, по возрастам), по краю  | ГУ ДПО «ИРО»;ГУ «Центр «Семья» |
| 5 | Обработка и анализ информации, полученной в результате проведенного СПТ | с 1 ноября по 15ноября 2024 г. | Отчёто результатахСПТ | Минобразования;ГУ ДПО «ИРО»;ГУ «Центр «Семья» |
| 6 | Составление акта по результатамСПТ и его передача в Министерство здравоохранения Забайкальского края, аппарат Антинаркотической комиссии в Забайкальском крае, органы местного самоуправления в сфере образования | До 15 ноября 2022 г. | Акт результатовСПТ, информационно-аналитические результаты | Минобразования;ГУ «Центр «Семья» |
| 7 | Сопровождение формирования списка образовательных организаций, обучающиеся которых направляются на профилактический медицинский осмотр | До 15 ноября 2024 г. | Список образовательных организаций  | Минобразования  |
| 8 | Осуществление содействия в проведении в образовательных организациях профилактических медицинских осмотров  | Декабрь 2024 – апрель 2025 г. | Результаты профилактических медицинских осмотров | Минобразования  |
| 9 | Участие в работе по подведению итогов проведения в образовательных организациях  | До 15 декабря 2024 г. | Информационно-аналитические Материалы | Минобразования  |
| 10 | Оказание организационно-методической помощи органам местного самоуправления в сфере образования, образовательным организациям по организации и повышению эффективности профилактической работы | С 1 декабря 2024 г. | Рекомендации по организации профилактической работы | Минобразования;ГУ «Центр «Семья» |
| 11 | Проведение мониторинга эффективности профилактической деятельности, реализуемой в системе образования по результатам СПТ | Февраль-март 2024 г. | Результаты мониторинга, аналитические материалы | Минобразования; ГУ «Центр «Семья» |
| **Органы местного самоуправления в сфере образования, образовательные организации** |
| 12 | Назначение уполномоченного лица, ответственного за проведение Тестирования в муниципальном районе, и утверждение расписания проведения Тестирования в образовательных организациях; предоставление информации в ГУ Центр «Семья» | до 13 сентября 2024 г. | приказ руководителя органа местного самоуправления в сфере образования | Органы местного самоуправления в сфере образования, образовательные организации |
| 13 | Проведение информационно-разъяснительной работы среди обучающихся и их родителей (законных представителей) о целях и задачах проводимого СПТ | с 1 сентября по 15 сентября 2024 г. | родительские собрания, информационные листовки, буклеты, размещение информации на сайте учреждения | Органы местного самоуправленияв сфере образования;образовательные организации |
| 14 | Издание распорядительного акта руководителя образовательной организации о проведении СПТсогласно порядку проведения СПТ | В период до начала проведения процедуры СПТ | Распорядительный акт о проведении Тестирования | Руководители образовательных организаций |
| 15 | Создание комиссии, обеспечивающей организационно-техническое сопровождение СПТ, утверждение её состава из числа работников образовательной организации (далее – Комиссия) | В период до начала проведения процедуры СПТ | Утверждённый список членов Комиссии | Руководителиобразовательных организаций |
| 17 | Получение и оформление письменных согласий на проведение СПТ от родителей (законных представителей) обучающихся (не достигших 15 лет) и от обучающихся (от 15 лет) | В период до начала проведения процедуры СПТ | согласия/отказы на/от участие(я) в Тестировании | Руководители образовательных организаций |
| 18 | Утверждение поименных списков обучающихся, составленных по итогам получения согласий  | В период до начала проведения процедуры СПТ | Список обучающихся, участвующих в Тестировании | Руководители образовательных организаций |
| 19 | Получение заполненных обязательств от педагогов образовательных организаций о неразглашении персональных данных | В период до начала проведения процедуры СПТ | Подписанные обязательства о неразглашении персональных данных | Руководители образовательных организаций |
| 20 | Утверждение расписания проведения СПТ по классам и кабинетам | В период до начала проведения процедуры СПТ | Расписание проведения Тестирования | Руководители образовательных организаций |
| 21 | Передача актов результатов СПТ органам местного самоуправления в сфере образования | В период трех календарных дней со дня проведения СПТ | Акт передачи результатов образовательной организации | Руководители образовательных организаций |
| 22 | Передача актов результатов СПТ в ГУ «Центр «Семья» | В период семи календарных дней со дня проведения СПТ | Акт передачи результатов по району | Органы местного самоуправления в сфере образования |
| 23 | Разработка комплекса мер по повышению эффективности профилактической деятельности | С 1 декабря 2024 г. | Комплексы мер, планы работы | Органы местного самоуправления в сфере образования |
| 24 | Оказание психолого-педагогической помощи и коррекционное сопровождениеобучающихся, попавших в «группу риска» | С 1 декабря 2024 г. | Планы коррекционно-развивающей работы, программы индивидуальной профилактической работы | Образовательные организации |

|  |
| --- |
| УТВЕРЖДЕНПриказом Министерстваобразования и наукиЗабайкальскогоот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_ |

**Календарный план проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных**

 **и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных**

**веществ в 2023-2024 учебном году**

**Годовой цикл мероприятий для органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятия** | **Сроки реализации** | **Ответственные** |
| 1. | Организация проведения информационно-разъяснительной кампаниис родителями и мотивационной работы с обучающимисяс целью повышения активности участия обучающихся и снижение количества отказов от СПТ и профилактических медицинских осмотров (далее – ПМО) | 1 сентября –15 сентября 2024 г. | Министерство образования инауки Забайкальского края (далее - Минобразования), Государственное учреждение «Забайкальский краевой центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи«Семья»; муниципальные органы управления образованием |
| 2. | Организация и сопровождение проведения СПТ в образовательных организациях Забайкальского края | 16 сентября –15 октября 2024 г. | Минобразования; ГУ Центр «Семья»;Центр информационных технологий **образования и дистанционного обучения**ГУ ДПО «Институт развития образования Забайкальского края» (далее – ГУ ДПО ИРО);муниципальные органы управления образованием |
| 3. | Обработка и анализ результатов СПТ | 1 ноября –15ноября 2024 г.(в течение 20 календарных дней с момента получения от образовательных организаций результатов СПТ) | Минобразования; ГУ Центр «Семья»; Центр информационных технологий **образования и дистанционного обучения** ГУ ДПО «Институт развития образования Забайкальского края» (далее – ГУ ДПО ИРО);  |
| 4. | Направление в Министерство здравоохранения Забайкальского края итогового акта результатов СПТдля планирования дополнительных мер по профилактике злоупотребления ПАВ | До 1 декабря 2024 г. | Минобразования |
| 5. | Информирование Антинаркотической комиссии субъекта Забайкальского края о результатах тестирования | До 1 декабря 2024 г. | Минобразования |

**Годовой цикл мероприятий для образовательных организаций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятия** | **Сроки реализации** | **Ответственные** |
| 1. | Информационно-разъяснительная работа с родителями и мотивационная работа с обучающимися с целью повышения активности участия обучающихся и снижения количества отказов от СПТ и профилактических медицинских осмотров | 1 сентября –1 октября 2024 г. | Образовательные организации |
| 2. | Организация и проведение СПТ.Направление акта передачи результатов по итогам тестирования в органы местного самоуправления в сфере образования | 1 сентября –1 ноября 2024 г. | Образовательные организации |
| 3. | Направление в медицинскую организацию, проводящую профилактические медицинские осмотры, поименных списков для прохождения профилактических медицинских осмотров | До 20 ноября 2024 г. | Образовательные организации |
| 4. | Оказание содействия в организации профилактических медицинских осмотров обучающихся.По результатам СПТ корректируют и реализуют планы профилактической работы | Январь-май 2024 г. | Образовательные организации |
| 5. | По результатам проведения СПТ, а также на основании полученных данных профилактических медицинских осмотров обучающихся разрабатывают мероприятия о оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся, попавших в «группу риска», с учетом порядка проектирования профилактической работы, представленного в Методических рекомендациях по использованию результатов единой методики социально-психологического тестирования для организации профилактической работы с обучающимися образовательных организаций (письмо от 13 февраля 2020 г. № 07-1468) | После получения данных СПТ и ПМО | Образовательные организации |