

**Администрация муниципального образования Щекинский район  
комитет по образованию**

**ПРИКАЗ № 244**

г. Щекино

от « 04 » 09 \_\_\_\_\_ 2024 г.

**Об организации социально-психологического тестирования обучающихся  
общеобразовательных организаций Щекинского района  
в целях раннего выявления незаконного потребления  
наркотических средств и психотропных веществ**

В соответствии с приказом министерства образования Тульской области от 28.08.2024 №1291 «Об организации социально-психологического тестирования обучающихся общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций, расположенных на территории Тульской области, в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических и психотропных веществ»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Назначить ответственным (муниципальным оператором) за проведение тестирования в муниципальных образовательных организациях Щекинского района начальника отдела СПО МКУ «ЦОД Щекинского района» Иванову Ирину Николаевну.
2. Отделу СПО МКУ «ЦОД Щекинского района»:
  - 2.1. Предоставлять в министерство образования Тульской области информацию о специалисте комитета по образованию, специалистах образовательных организаций, ответственных за проведение тестирования ежегодно до 20 августа.
  - 2.2. Направить руководителям образовательных организаций:
    - 2.2.1. Утвержденный Календарный план проведения социально-психологического тестирования (Приложение № 1)
    - 2.2.2. Формы документов по организации тестирования (Приложение № 2):
      - поименные списки обучающихся с кодировкой, подлежащих тестированию, составленные по итогам получения от обучающихся либо от их родителей или иных законных представителей информированных согласий;
      - информированное согласие в письменной форме обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет, либо информированное согласие в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет;
  - 2.3. Организовать работу в образовательных организациях по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся, профилактическую деятельность с выявленной «группой риска» в течение учебного года ежегодно, включающую:
    - акт передачи результатов тестирования.

2.3.1. Актуализацию (разработку) распорядительных актов в образовательных организациях, проводящих тестирование.

2.3.2. Организацию информационно-мотивационной кампании по разъяснению основных целей социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров (с привлечением специалистов социально-психологической службы ОО и/или медицинских специалистов (нарколога) в качестве консультанта).

2.3.3. Обеспечение прохождения тестирования каждого обучающегося, достигшего возраста тринадцати лет, начиная с 7 класса, давшего информированное согласие (информированное согласие, полученное от родителя (законного представителя)).

2.3.4. В целях соблюдения конфиденциальности, повышения лояльности к участию в тестировании и формировании у обучающихся устойчивой мотивации на самоисследование организацию проведения кодирования персональных данных обучающихся при проведении тестирования в образовательной организации.

2.3.5. Организацию проведения тестирования обучающихся образовательных организаций, расположенных на территории Щекинского района в соответствии с Порядком социально-психологического тестирования и сроками, утвержденными министерством образования Тульской области (Приложение 1).

2.3.6. Предоставление актов тестирования в ГУ ДО ТО «Областной центр «Помощь» в течение трех рабочих дней с момента завершения социально-психологического тестирования.

2.3.7. Оказание содействия специалистам ГУЗ «ТОНД №1» в проведении профилактических медицинских осмотров в соответствии с Порядком медицинских осмотров.

2.3.8. Организацию работы по разработке и реализации индивидуально-профилактических мероприятий с обучающимися по оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся, попавших в «группу риска».

2.4. Обеспечить контроль своевременной передачи актов по результатам тестирования ГУ ДО ТО «Областной центр «Помощь».

3. Руководителям образовательных организаций:

3.1. Организовать работу по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся, профилактическую деятельность с выявленной «группой риска» в течение учебного года ежегодно.

3.2. Предоставлять в отдел СПО МКУ «ЦОД Щекинского района» информацию о специалисте, ответственном за проведение тестирования в образовательной организации ежегодно до 17 августа согласно приложению (Приложение № 3).

3.3. Актуализировать (разработать) распорядительные акты по проведению тестирования.

3.4. Организовать проведение тестирования обучающихся, достигших возраста тринадцати лет, начиная с 7 класса в соответствии с Порядком социально-



психологического тестирования и календарным планом, утвержденными министерством образования Тульской области (Приложение № 1):

3.4.1. Организовать информационно-мотивационную кампанию по разъяснению основных целей социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров (с привлечением специалистов социально-психологической службы ОО и/или медицинских специалистов (нарколога) в качестве консультанта).

3.4.2. Обеспечить сбор информированных согласий в письменной форме обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет, либо информированных согласий в письменной форме одного из родителей или иного законного представителя обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет.

3.4.3. Обеспечить хранение информированных согласий до момента отчисления обучающегося из образовательной организации.

3.4.4. В целях соблюдения конфиденциальности, повышения лояльности к участию в тестировании и формировании у обучающихся устойчивой мотивации на самоисследование провести кодирование персональных данных обучающихся при проведении тестирования в образовательной организации.

3.4.5. Обеспечение хранения документа о кодировании персональных данных обучающихся, принявших участие в социально-психологическом тестировании, в течение не менее 5 лет от даты проведения тестирования на основе соблюдения конфиденциальности.

3.4.6. Обеспечить прохождение тестирования каждого обучающегося, достигшего возраста тринадцати лет, начиная с 7 класса, давшего информированное согласие (информированное согласие, полученное от родителя (законного представителя)).

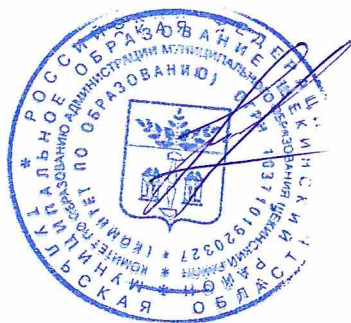
3.4.7. Осуществлять предоставление актов передачи результатов тестирования в отдел СПО МКУ «ЦОД Щекинского района» в течение двух рабочих дней с момента завершения социально-психологического тестирования в образовательной организации.

3.5. Оказывать содействие специалистам ГУЗ «ТОНД №1» в проведении профилактических медицинских осмотров в соответствии с Порядком медицинских осмотров.

3.6. Организовать работу по разработке и реализации индивидуально-профилактических мероприятий с обучающимися по оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся, попавших в «группу риска».

4. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

**Председатель комитета  
по образованию**



**С.А. Зиновкин**

**Календарный план проведения социально-психологического  
тестирования в Тульской области:**

- 1. С 1 сентября по 1 октября (ежегодно)** - проведение информационно-мотивационной кампании с обучающимися и их родителями в период, с целью увеличения количества участников социально-психологического тестирования.
- 2. С 15 сентября по 15 октября** - проведение социально-психологического тестирования.
- 3. В течение трех рабочих дней** с момента завершения социально-психологического тестирования - предоставление акта передачи результатов тестирования региональному оператору (ГУ ДО ТО «ПОМОЩЬ»).
- 4. С момента выявления «группы риска» и до 31 мая ежегодно** - разработка и осуществление мероприятий по оказанию психолого-педагогической помощи и коррекционному сопровождению обучающихся по результатам тестирования.
- 5. Ежегодно в течение всего учебного года** - оказание содействия в организации профилактических медицинских осмотров обучающихся, предоставление в медицинскую организацию, проводящую профилактические медицинские осмотры, поименные списки обучающихся для прохождения профилактических медицинских осмотров.

## ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ

ФОРМА №1

УТВЕРЖДАЮ

**Поименный список обучающихся, подлежащих социально-психологическому тестированию, направленному на раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ, на \_\_\_\_/\_\_\_\_ учебный год**

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

№ п/п	Ф.И.О. (полностью)	Код участника	Количество полных лет/год рождения	Отметка об участии в тестировании с указанием даты участия в тестировании/или причины неучастия/отказа
1.				
2.				
3.				
4.				

подпись \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**Примечание.**

Поименный список по классам обучающихся составляется лицом, имеющим право доступа к кодированию участников тестирования на основании разработанного локального нормативно-правового акта в образовательной организации, включает в себя всех обучающихся, зачисленных в класс.

Поименный список хранится в образовательной организации.



ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
обучающегося

Я, нижеподписавшийся(-ая)ся \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью)

добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о подведении результатов тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

Я согласен(на) выполнять инструкции, полученные от уполномоченного лица, проводящего тестирование.

«...».....20.... г.

Подпись

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
родителей (законных представителей)

Я, нижеподписавшийся(ая)ся \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью)

добровольно даю согласие на участие моего ребенка

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка (полностью)

возраст \_\_\_\_\_ полных лет в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я получил(а) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о подведении результатов тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

«...».....20.... г.

Подпись

**АКТ**  
**передачи результатов социально-психологического тестирования**  
**обучающихся/ студентов**

(наименование ОО/ МО)

**за 2024/2025 учебный год**

1. Наименование образовательной организации (по Уставу):

2. Адрес образовательной организации/отделений:

3. Контактное лицо по организации социально-психологического тестирования, телефон контактного лица:

4. Информация о результатах социально-психологического тестирования:

4.1. Сроки проведения социально-психологического тестирования:

4.2. Общее число обучающихся в параллели, подлежащих социально-психологическому тестированию:

всего по списку \_\_\_\_\_ чел.:

Из них:

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.

4.3. Общее число обучающихся, которые прошли социально-психологическое тестирование \_\_\_\_\_ чел.:

Из них:

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.

4.4. Число обучающихся, не прошедших социально-психологическое тестирование, всего \_\_\_\_\_ чел., в том числе по причине:

отказа \_\_\_\_\_ чел., из них:

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.

другие причины (указать \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ чел., из них:

\_\_\_ параллель \_\_\_\_\_ чел.;

\_\_ параллель \_\_\_\_ чел.;  
\_\_ параллель \_\_\_\_ чел.;  
\_\_ параллель \_\_\_\_ чел.;  
\_\_ параллель \_\_\_\_ чел.

4.5. Количество обучающихся, отнесенных по результатам социально-психологического тестирования к «группе риска» (**высочайшая вероятность**) по возможности вовлечения в потребление наркотических средств и психотропных веществ \_\_\_\_ чел, из них:

класс /курс (группа) \_\_\_\_ чел.;  
класс /курс (группа) \_\_\_\_ чел.;  
класс /курс (группа) \_\_\_\_ чел.;  
класс /курс (группа) \_\_\_\_ чел.;  
класс/курс (группа) \_\_\_\_ чел.

Руководитель образовательной организации

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись

Ф.И.О.

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.



**Информация о сотруднике образовательного учреждения,  
ответственном за проведение социально-психологического тестирования в  
образовательной организации:**

<b>МО</b>	<b>Наименование ОУ (с указанием адреса)</b>	<b>ФИО ответственного сотрудника</b>	<b>Адрес эл. почты</b>	<b>Моб.тел.</b>