

Hozzájárulási nyilatkozat

Alulírott
személyi azonosító szám , cím
.....
,mint a iskola,osztályába
járó szülője/jogi képviselője

Hozzájárulásomat adom a gyermekem orvosi személyzet által végzett gyors antigén tesztelésére, amennyiben COVID-19 betegségre utaló tünetek jelennek meg vagy kapcsolatba lépett egy igazoltan pozitív COVID-19 betegségben szenvedő személlyel.

csak a szülő / jogi képviselő jelenlétében

a szülő / jogi képviselő hiányában, az orvosi személyzet javaslatára.

Ezennel kijelentem, hogy beleegyezem személyes adataim iskolai oktatási egység keretében dolgozó orvosi személyzet általi történő felhasználásába és feldolgozásába, beleértve a oktatási egységben önként benyújtott jelen hozzájárulásból származó adatok Közegészségügyi Igazgatóság / Bukarest megyei jogú város Közegészségügyi Igazgatósága részére történő elküldését.

Kelt:

Aláírás:

Fontos:

- a nyomtatvány **nagybetűkkel** kerül kitöltésre
- a jelen nyomtatvány adatait kitöltő személy **vállalja** az adatok helyes bejegyzését.

A COVID-19 antigén diagnosztikai gyorstesztetek használati eljárása

Egy steril pálca segítségével történő orrváladék-minta levételéből áll, melyet a pálca teszt gyártója által szolgáltatott folyékony környezetbe való bevezetése követ, utána pedig egy tesztelési kazettába való beitatása. A teszt eredménye 15 percen belül rendelkezésre áll.

A minta levétele szakképzett orvosi személyzet által történik.

Ezen hozzájárulási modell a szülő/jogi képviselő által kerül aláírásra, amennyiben ez a gyermek tesztelési lehetőségét választja.

A tesztelésre akkor kerül sor, ha a tanulónál sajátos tünetegyüttes jelentkezik vagy kapcsolatba kerül az iskola, egy SARS-Cov-2 vírussal igazolt tanulóval vagy alkalmazottjával.



EGÉSZSÉGÜGYI
MINISZTERIUM