

.....
(име на училището)

.....
(област, община, населено място)

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ

ОТ....., родител
(име, презиме и фамилия)

на
(име, презиме и фамилия)

ученик в..... клас,

с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболяемост повече от 500 на 100 000 на ниво община:

Съгласие за тестване:

☐ Декларирам съгласие два пъти седмично, както и във всеки първи ден след отсъствие, детето ми да бъде тествано в класната стая с неинвазивен бърз антигенен тест проба от слюнка за COVID-19 (SARS-CoV-2 Saliva Antigen test; каталожен номер VSCD05; RapidFor™ или COVID-19 Antigen Rapid Test Cassette (Saliva), регистрационен номер DE/CA05/IvD-238321-1721-00 на Clungene®), предоставен безплатно от училището.

☐ Запознат/а съм с изискването 30 минути преди правенето на теста детето ми да не е консумирало храна и да не е поемало течности.

☐ Разбирам, че тестът е с диагностична цел и не може да се използва като единствена основа за вземане на решение за лечение.

и/или

Наличие на валиден документ за преболедуване

☐ Детето ми отговаря на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда – преболедувало е COVID-19 преди по-малко от 365 дни, за което прилагам валиден официален документ.

Дата:.....

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис)