

## Souhlas zákonného zástupce s testováním žáka na přítomnost COVID-19

**Škola: 2. Základní škola Bezručova Říčany, p.o.**

Způsob testování: Testování na COVID-19 bude prováděno testem PCR od dodavatele společnosti SPADIA LAB, a. s. Testování organizuje a zajišťuje 2. základní škola Bezručova Říčany, p.o.. Testování probíhá samoodběrem.

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození žáka:

Místo narození žáka:

Číslo pojištění:

Zdravotní pojišťovna:

Národnost žáka:

Bydliště, adresa, PSČ:

Telefon:

Email:

Já níže podepsaný/á **souhlasím** s testováním na přítomnost COVID-19 u mého syna/dcery/svěřené osoby. Beru na vědomí, že v případě pozitivního nálezu testu, mám jako ZZ žáka povinnost jej neprodleně převzít ze školy. Dále postupovat podle platných opatření, kontaktovat lékaře.

V souvislosti s testováním uděluji souhlas základní škole k předání výše uvedených osobních údajů společnosti SPADIA LAB, a.s.

Testování se netýká dětí, u kterých byla pozitivita zjištěna prostřednictvím PCR testu v posledních třech měsících před daným testováním.

Můj syn/dcera prodělal Covid 19:

ano

ne

(zakroužkujte)

Datum pozitivního testu:

Jméno a příjmení ZZ:

Bydliště, pokud se liší od bydliště žáka:

Podpis ZZ:

V

dne