

# BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

Alulírott, \_\_\_\_\_ ,

személyi szám: \_\_\_\_\_, lakcím: \_\_\_\_\_ ,

\_\_\_\_\_ ,

tanuló neve: \_\_\_\_\_, iskola: \_\_\_\_\_ ,

osztály: \_\_\_\_\_, szülői/hivatásos nevelőszülői minőségemben,

beleegyezem abba, hogy amennyiben gyermekem a COVID-19 betegség jellegzetes tüneteit mutatja, vagy kapcsolatba került COVID-19 betegséggel diagnosztizált személlyel, a gyermekemet szakképzett egészségügyi személyzet tesztelje antigén gyorstesztel,

csak a szülő/hivatásos nevelőszülő jelenlétében;

a szülő/hivatásos nevelőszülő jelenléte nélkül, a szakképzett egészségügyi személyzet javaslatára.

Ezen nyilatkozat aláírásával beleegyezem abba, hogy a jelen, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ iskolába önként leadott nyilatkozatomban megjelenő személyes adataimat felhasználja és feldolgozza a(z) \_\_\_\_\_ iskola keretében működő orvosi rendelő; és azzal is egyetértek, hogy személyes adataimat a Közegészségügyi Igazgatóság/Bukarest Muncípium Közegészségügyi Igazgatósága rendelkezésére bocsássák.

**Dátum:**

**Aláírás:**

## Fontos:

- A nyilatkozatot **nagybetűkkel** kell kitölteni.
- Az a személy, aki kitölti a nyilatkozatot, **felelősséget vállal** az adatok pontos bevezetéséért.

## A COVID-19 antigén gyorstesztek alkalmazása

Steril tampon segítségével történő orrváladék levétele által történik, amit a tampon egy, a gyártó által biztosított folyadékba való helyezése követ. A folyadékot ezután a tesztcsíkra cseppentik. A teszt eredménye 15 perc után lesz elérhető. A mintavételt szakképzett, felkészített egészségügyi személyzet végzi.

Jelen nyilatkozatot azok a szülők/hivatásos nevelőszülők írják alá, akik beleegyeznek gyermekük tesztelésébe.

Azokat a tanulókat tesztelik, akik jellegzetes tüneteket mutatnak vagy a SARS-Cov-2 vírussal fertőzött tanulóval vagy iskolai alkalmazottal érintkeztek.