

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO ŽÁKA S TESTOVÁNÍM COVID – 19

v průběhu povinné školní docházky do

Základní školy s RVTV Praha 4, Jitřní 185

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Způsob testování:

Testování bude prováděno ze vzorku slin. Sliny budou odebírány tzv. samoodběrem dle návodu pomocí originální certifikované odběrové sady DB-1225 Saliva Collection Set (DIANA Biotechnologies s.r.o.). Při tomto odběru není nutná asistence zdravotnického personálu.

Vzorek bude následně převezen do zdravotnické akreditované laboratoře **EUC Laboratoře s.r.o.*** a testován pomocí metody RT PCR (využitím DB-1219 DBdirect™ COVID-19 Multiplex RT-PCR Kitu).

Výsledek testu bude zaslán žákovi/zákonnému zástupci a/či škole.

Vyjádření zákonného zástupce

1. Souhlasím s testováním mého syna/dcery výše uvedeným způsobem.

Ano Ne

2. Souhlasím, aby škola poskytla potřebné informace o žákovi laboratoři (Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození, PSČ a město bydliště)

Ano Ne

3. Souhlasím s oznámením výsledku testování škole

Ano Ne

4. Požaduji zaslání výsledku testu žákovi / zákonnému zástupci pomocí zabezpečené e-mailové zprávy (škola dodá laboratoři e-mailovou adresu pro zaslání výsledku a číslo mobilního telefonu pro zaslání sms s kódem pro otevření výsledku)

Ano tel:.....e-mail:.....

Ne, zaslání výsledku žákovi/zákonnému zástupci nepožaduji

V Praze dne:

Podpis zákonného zástupce:

* zdravotnická laboratoř zpracovává a eviduje osobní údaje testovaných osob ve smyslu všech ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění