



## SOUHLAS S PROVEDENÍM ANTIGENNÍHO TESTOVÁNÍ NA ONEMOCNĚNÍ COVID-19

Já, níže podepsaný/á,

jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

tímto

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM\*)

\*) zakroužkujte své vyjádření

aby můj syn/dcera: .....

byl/a opakovaně testován/a na onemocnění COVID-19 pomocí antigenního testování (POC testu na přítomnost antigenu viru SARS CoV-2) za účelem účasti ve výuce na Střední průmyslové škole Mladá Boleslav

Podpisem tohoto souhlasu prohlašuji, že:

- jsem byl/a seznámen s metodou provedení testu
- jsem byl/a dostatečně informován/a o účelu a povaze testování
- jsem srozuměn/a s tím, že pokud bude výsledek antigenního testování na onemocnění COVID-19 pozitivní, jsem povinen / povinna postupovat dle aktuálně platných a účinných nařízení vlády ČR a dalších právních předpisů.
- **souhlasím, že pokud bude výsledek antigenního testování na onemocnění COVID-19 pozitivní, může můj syn / moje dcera opustit neprodleně budovu školy bez pedagogického doprovodu**

V ..... dne..... podpis.....