

ПЪРВО ОСНОВНО УЧИЛИЩЕ “СВ.СВ.КИРИЛ И МЕТОДИЙ”

3400 гр.МОНТАНА, Обл. Монтана, бул.”Трети март” № 23
тел.096 / 307 556, 096 / 306 280, E-mail: m_loukm1960@abv.bg

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 с 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)