…………………………………..…………………………………………………………………………

(име на училището)

………………………..……………..……………………………………………………………………….………….

(област, община, населено място)

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ

за ученици над 14 - годишна възраст

….……………………………..……………………………………………………………...………..,

(име, презиме и фамилия)

ученик в…………………………………….……………… клас

и ……..…………………………………………………………………………………………,

родител*

(име, презиме и фамилия)

с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболяемост повече от 250 на 100 000 на ниво община:

Съгласие за тестване:

Декларирам съгласие два пъти седмично, както и във всеки първи ден след отсъствие да бъда тестван в училището с предоставен безплатно от училището неинвазивен бърз антигенен тест с проба от слюнка за доказване на COVID-19, одобрен от Министерството на здравеопазването, пуснат на пазара в България по реда на Закона за медицинските изделия и с оценено съответствие със съществените изисквания на Директива 98/79/ЕО за диагностичните медицински изделия.

Запознат/а съм с изискването 30 минути преди правенето на теста да не съм консумирал/а храна и да не съм поемал/а 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, ваксиниране или наличие на антитела

Отговарям на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда – преболедувал/а съм COVID-19 преди по-малко от 365 дни, ваксиниран/а съм или имам необходимото количество антитела, за което прилагам валиден официален документ.

Дата:……………………….

ДЕКЛАРАТОР: **ДЕКЛАРАТОР:**

(подпис ученик) *(подпис *родител)*

---

* съгласие на родител не се изисква за ученици над 18 –годишна възраст