

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S ANTIGENNÍM TESTOVÁNÍM NEZLETILÉ OSOBY SPOLEČNOSTÍ SAFRES Group s.r.o.

Údaje o zákonném zástupci:

Jméno: _____ Příjmení: _____

Telefon: _____ Vztah k testovanému: _____

Údaje o nezletilé testované osobě:

Jméno: _____ Příjmení: _____ Datum narození: _____

Číslo pojištění: _____ Zdravotní pojišťovna: _____
(najdete na kartičce pojišťovny)

Místo pobytu - město: _____ Místo pobytu - PSČ: _____

Státní příslušnost: _____ Název školy: _____ Třída: _____

Prohlášení

Já, výše uvedený zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého testovaného, potvrzuji, že souhlasím s opakovaným prováděním antigenních testů výtěrem z úst (horní tvrdé patro a obě tváře) společností SAFRES Group s.r.o., která je schváleným poskytovatelem zdravotních služeb a je oprávněna provádět antigenní testování a současně je pověřena školou, ve které výše uvedený nezletilý testování absolvuje povinnou školní docházku, aby toto testování prováděla. Prohlášení je platné ode dne podpisu do doby, kdy nastane jedno z následujících:

- škola, kde nezletilý testovaný absolvuje povinnou školní docházku zruší smlouvu o antigenním testování společností SAFRES Group s.r.o., nebo
- společnost SAFRES Group s.r.o. ukončí provádění antigenních testů ve škole, kde nezletilý testovaný absolvuje povinnou školní docházku, nebo
- výše uvedený zákonný zástupce písemně odvolá svůj souhlas doručením na adresu SAFRES Group s.r.o., Tyršova 820, Česká Skalice, 55203 a uplyne doba 3 pracovních dní od doručení, nebo
- bude ukončeno povinné testování žáků ve školách.

Současně souhlasím s tím, aby společnost SAFRES Group s.r.o. dočasně a po nezbytnou dobu uchovávala citlivé údaje nezletilého testovaného pro umožnění výkonu testování a zadávání výsledků testování do registrů ministerstva zdravotnictví.

Na základě nařízení ministerstva zdravotnictví může být antigenní test v rámci plošného testování obyvatel hrazený z veřejného zdravotního pojištění proveden nejvýše jednou za tři dny (1) a současně nesmí uplynout doba kratší 90 dnů od provedení posledního pozitivního testu na COVID 19 (2). Jako zákonný zástupce potvrzuji, že pokud nezletilý nespĺňuje některou z těchto podmínek, bude nezletilá osoba vybavena buď potvrzením o absolvování testu s negativním výsledkem (1) nebo potvrzením o pozitivním výsledku na COVID 19 s datem, od kterého v den testování neuplynulo více než 90 dnů (2). V opačném případě beru na vědomí, že mi může být test, který nespĺňuje uvedená kritéria, předložen k uhrazení částkou 350,- Kč vč. DPH.

Svůj souhlas stvrzuji podpisem

Dne:

Místo podpisu:

(podpis zákonného zástupce)