**Szülői beleegyező nyilatkozat**

**Alulírott törvényes képviselő**

Név: …………………………………………………………………………………………….……………...

Születési hely, idő: ……………………………………………………………………………………………

Lakcím: ………………………………………….………………………………………………...…………..

Telefonszám: …………………………………..……………………………………………………………

kérelmezem és ezzel együtt hozzájárulok ahhoz, hogy **gyermekem**

Név: …………………………………………………………………………………………….……………...

Születési hely, idő: ……………………………………………………………………………………………

Taj szám: ……………………………………………………………………………………………………….

Lakcím: ………………………………………….………………………………………………...…………..

Iskola megnevezése: ………………………………..……………………………………………………

Budapest XXI. Kerület Csepel Önkormányzata Tóth Ilona Egészségügyi Szolgálat által biztosított SARS-CoV-2 antigén gyorsteszt (továbbiakban: gyorsteszt) módszerrel történő ingyenes vizsgálaton részt vegyen.

Tudomásul veszem, hogy pozitív teszt-eredmény esetén haladéktalanul köteles vagyok értesíteni a gyermek háziorvosát, továbbá a gyermek iskoláját.

Aláírásommal kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a Szülői beleegyező nyilatkozaton szereplő személyes adatokat Budapest XXI. Kerület Csepel Önkormányzata Tóth Ilona Egészségügyi Szolgálata és Budapest Főváros XXI. Kerület Csepeli Polgármesteri Hivatal munkatársai megismerjék, kezeljék, tárolják az adatkezelési tájékoztatónak megfelelően.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok megfelelnek a valóságnak, valamint nyilatkozom, hogy a Szülői beleegyező nyilatkozatban foglaltakkal a gyermek másik szülője/gondviselője is egyetért.

Dátum:

**…………………………………..**

Törvényes képviselő

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tájékoztató Budapest XXI. Kerület Csepel Önkormányzata Tóth Ilona Egészségügyi Szolgálat által végzett SARS-CoV-2 antigén gyorsteszt eredményéről**

Tesztelt személy:

Név: …………………………………………………………………………………………….……………...

Születési hely, idő: ……………………………………………………………………………………………

Taj szám: ……………………………………………………………………………………………………….

A mintavételt végző személy tölti ki:

A gyorsteszt módszerrel történő vizsgálat eredménye: **NEGATÍV / POZITÍV** (a megfelelő aláhúzandó)

Kelt: Budapest 2021. május 8.

………………………………………..

vizsgálatot végző személy aláírása