

# Formular de exprimare a consimțământului

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ ,

CNP - - - - - , adresa \_\_\_\_\_ ,

în calitate de părinte/reprezentant legal al/a \_\_\_\_\_ ,

clasa \_\_\_\_\_ , școala \_\_\_\_\_ ,

Îmi exprim consimțământul pentru testarea antigen rapidă a copilului meu de către personalul medical, în condițiile în care prezintă simptome sugestive COVID-19 sau a fost în contact cu o persoană confirmată pozitiv COVID-19,

doar în prezența părintelui/tutorei legal

în absența părintelui/tutorei legal, la recomandarea personalului medical

Declar prin prezenta că sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către cabinetul medical din cadrul unității de învățământ preuniversitar ..... , inclusiv pentru transmiterea datelor la Direcția de Sănătate Publică/Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București, rezultate din prezentul consimțământ depus voluntar la unitatea de învățământ.....

**Data:**

**Semnătura:**

## Important:

- formularul se va completa **cu majuscule**
- persoana care completează datele în prezentul formular **își asumă** introducerea corectă a datelor.

### Procedura de utilizare a testelor rapide de diagnostic antigen pentru COVID-19

Constă în recoltarea unui exudat nazal cu ajutorul unui tampon steril, urmată de descărcarea tamponului într-un mediu lichid furnizat de către producătorul testului și ulterior impregnarea pe o casetă de testare. Rezultatul testării este disponibil în 15 minute. Recoltarea se face de către personal medical, instruit.

Acest model de consimțământ va fi semnat de părinte/reprezentant legal în situația în care acesta își manifestă opțiunea de testare a copilului.

Testarea va fi efectuată dacă elevul prezintă simptomatologie specifică sau este contact al unui elev sau angajat al școlii confirmat cu virusul SARS- Cov-2

