

Souhlas s testováním žáků poskytovatelem zdravotních služeb (COVID-19)

Jméno a příjmení žáka: _____

Třída: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Společnost: VIDIA-DIAGNOSTIKA, spol. s.r.o.

Používané testy: Antigenní testy COVID-19 Ag – Humasis

Zdravotní služby Vaším dětem budou poskytovány na základě mimořádného opatření č. j. MZDR 47828/2020-10/MIN/KAN a jeho následných aktualizací, ze kterého plyne nárok **bez finanční spoluúčasti** pro každého účastníka veřejného zdravotního pojištění na antigenní testování každé 3 dny.

Osobní údaje (jméno a příjmení, rodné číslo, datum narození, adresa, zdravotní pojišťovna, telefonní kontakt) i odebrané vzorky budou předány laboratoři VIDIA-DIAGNOSTIKA, spol. s r.o., Praha, Českomoravská 2510/19, která testy zpracovává a následně vyhodnocuje. V rámci testování na přítomnost viru SARS-CoV-2 výše uvedenou společností nebudou osobní údaje dětí a zaměstnanců ze strany školy žádným dalším způsobem zpracovávány ani jinak sdíleny.

V případě pozitivního výsledku testu budou osobní údaje dětí v zákonném rozsahu předány ze strany výše uvedené společnosti příslušné hygienické stanici.

Osobní údaje budou uloženy zabezpečeně a budou zpřístupněny pouze osobám pověřeným plněním úkolů k dodržování mimořádného opatření (v souvislosti s výše uvedenou evidencí). Vaše osobní údaje budou zpracovávány pouze do doby zrušení mimořádného opatření k provádění povinného testování dětí a následně k nezbytné kontrole zpracování plateb a nároků, které mohou v důsledku testování vzniknout.

Souhlasím / nesouhlasím s provedením neinvazivních testů poskytovatelem zdravotních služeb.

Datum: _____ Podpis zákonného zástupce: _____