PATVIRTINTA

Vilniaus Žygimanto Augusto pagrindinės

mokyklos direktoriaus

2022 m. sausio 31 d. įsakymu Nr. V-14

VILNIAUS ŽYGIMANTO AUGUSTO PAGRINDINĖ MOKYKLA

**SUTIKIMAS / NESUTIKIMAS DALYVAUTI TESTAVIME**

**.........................................**

(data)

Aš, .................................................................................., būdamas įstatyminiu ... kl. mokinio/-ės ........................................................................ atstovu, sutinku / nesutinku (pažymėti atitinkamą langelį ties tyrimo metodais, su kuriais sutinkate, ir metodais, su kuriais nesutinkate), jog mano atstovaujamam mokiniui būtų atliekamas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| periodinis profilaktinis savikontrolės tyrimas GAT | □ sutinku | □ nesutinku |
| savikontrolės tyrimas GAT esant sąlyčiui su patvirtintu COVID-19 ligos atveju ir sprendžiant dėl izoliacijos taikymo | □ sutinku | □ nesutinku |
| savikontrolės tyrimas GAT klasėje mokiniui nustačius teigiamą savikontrolės tyrimo rezultatą, kol laukiama tokio mokinio patvirtinamojo PGR tyrimo rezultatų ar jei patvirtinamojo tyrimo atlikti neplanuojama (esant COVID-19 ligos įtarimui) | □ sutinku | □ nesutinku |

Jei bent prie vieno tyrimo metodo pažymėjote, kad nesutinkate, prašome nurodyti priežastį: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Formos viršus

Aš perskaičiau šią Sutikimo / nesutikimo formą ir supratau man pateiktą informaciją ir sutinku / nesutinku, kad mano vaikas dalyvautų testavime.

Man buvo suteikta galimybė užduoti klausimus ir gavau mane tenkinančius atsakymus.

Man buvo tinkamai išaiškinta testavimo organizavimo ir vykdymo tvarka. Aš sutinku ir neprieštarauju, kad mano vaikas ėminius tyrimams imtų sau savarankiškai, prieš tai visuomenės sveikatos specialistui arba atsakingam mokyklos darbuotojui instruktavus mano vaiką, kaip imti ėminius tyrimui, ir prižiūrint jam arba atsakingam mokyklos darbuotojui.

Supratau, kad galiu bet kada pasitraukti iš testavimo, nenurodęs (-iusi) priežasčių.

Supratau, kad norėdamas (-a) atšaukti sutikimą / nesutikimą dalyvauti testavime, raštu turiu apie tai informuoti mokyklos direktorių ar jo įgaliotą asmenį.

Supratau, kad dalyvavimas testavime yra savanoriškas.

Įsipareigoju laikytis Izoliavimo(si) taisyklių reikalavimų, jei mano atstovaujamam mokiniui reikės izoliuotis.

Sutinku, kad tuo atveju, jei šiame sutikime nustatyta testavimo organizavimo tvarka ar procesai būtų pakeisti dėl juos reglamentuojančių teisės aktų pakeitimų, Mokykla apie pakeitimus informuotų mane elektroniniu pranešimu šiame sutikime nurodytu el. pašto adresu ............................................................................................ arba Mokyklos interneto svetainėje, arba žinute per TAMO el. dienyną. Toks informavimas būtų laikomas tinkamu informavimu apie testavimo tikslą, sąlygas ir tvarką ir laikomas sudėtine šio sutikimo dalimi, todėl dėl galimų pakeitimų atskiras / naujas sutikimas nebūtų pasirašomas, o bendrai vykdomam testavimui pakankamu laikomas šis sutikimas.

Suprantu, kad jei dėl galimų testavimo organizavimo tvarkos ar procesų pakeitimų nuspręsčiau atšaukti sutikimą, bet kada galiu tai padaryti raštu informuodamas mokyklos direktorių ar jo įgaliotą asmenį. Nepateikus sutikimo atšaukimo, laikoma, kad sutikimas galioja organizuojant testavimą teisės aktuose reglamentuota tvarka.

Parašas Mokinio atstovo pagal įstatymą vardas, pavardė