

اعلام رضایت جهت انجام تست سریع آنتی ژن ("خودآزمایی") در مدرسه از تاریخ 2 اگوست 2021

افراد تنها در صورتی می توانند وارد مدرسه شوند که تست منفی ویروس SARS-CoV-2 که بیش از 24 ساعت از آن نمی گذرد، را داشته باشند. این تست را می توان با استفاده از خودآزمایی های معتبر، از جمله در مدرسه زیر نظر کادر آموزشی (بخش 1 a ، پاراگراف 1 ، بند 2 ، شماره 1 مقررات کرونا در مدرسه) انجام داد.

در صورت مثبت بودن تست، مدرسه مطابق با ماده 6، بند c1 و ماده 9 بند 2 i مقررات عمومی حفاظت از داده ها (DS GVO) و ماده 6 و 8 قانون حفاظت در برابر بیماریهای عفونی (IfSG) موظف است شما را در مورد نتیجه تست مثبت خود یا فرزندتان مطلع کند و داده های شما یا فرزند شما (نام، تاریخ تولد و داده های سلامتی) را به مقام بهداشتی مسئول ارائه دهد. این امر برای شناسایی شما / فرزند شما و در صورت لزوم تماس با شما ضروری است.

من آگاه هستم که تست اجباری همچنین می تواند با جایگزین های ذکر شده در بخش 1a مربوط به مقررات سوم کرونا در مدرسه (انجام تست در مرکز تست و ارائه گواهی یا انجام تست با استفاده از یک تست معتبر در خانه و ارائه گواهی مربوطه) انجام شود.

با امضای خود، موافقت می کنم که فرزندم مجاز به انجام خودآزمایی در مدرسه است. در این زمینه، من با پردازش داده های شخصی خود یا فرزندم در ارتباط با خودآزمایی موافقت می کنم. به من اعلام شده است که اگر کلاسی مورد تست قرار گیرد، نتیجه خودآزمایی فرزندم/ خودآزمایی من می تواند برای اشخاص ثالث حاضر فاش شود.

لغو این رضایتنامه جهت انجام تست در مدرسه در هر زمان در آینده (از طریق ارسال پست، پست الکترونیکی یا فکس به مدرسه) امکان پذیر است.

اطلاعات مدرسه	
نام خانوادگی	
آدرس کامل	

اطلاعات در مورد دانش آموز		
نام خانوادگی	نام	تاریخ تولد

اطلاعات مربوط به سرپرستان قانونی (فقط برای دانش آموزان زیر سن قانونی)		
اصطلاح "سرپرست قانونی" مطابق با قانون مدرسه برای ایالت Mecklenburg-Vorpommern استفاده می شود، که بر اساس آن سرپرستان قانونی کسانی هستند که طبق قانون مدنی حق مراقبت از کودک را دارند (مراجعه کنید به بخش 138 پاراگراف 2 SchulG M-V).		
1.	نام خانوادگی	نام <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی
	آدرس محل سکونت (خیابان، شماره خانه، کد پستی، شهر)	
	تلفن به همراه پیش شماره / اعلام زمان در دسترس بودن	
2.	نام خانوادگی	نام <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی
	آدرس محل سکونت (خیابان، شماره خانه، کد پستی، شهر)	
	تلفن به همراه پیش شماره / اعلام زمان در دسترس بودن	

من / ما موافقت می کنیم که من / فرزندم در تست های خودآزمایی SARS-CoV2 که در زمان حضور در مدرسه انجام می شود، شرکت کنم/ کند.

مکان، تاریخ	امضای والدین / امضای دانش آموز بزرگسال
-------------	--