

Formular de exprimare a consimțământului

Subsemnatul, _____ ,

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 din unitatea de învățământ, în condițiile în care:

- Prezintă simptome sugestive infecției COVID-19/a fost în contact cu un coleg(ă) confirmat(ă) pozitiv COVID-19.

Datele vor fi folosite de Direcțiile de Sănătate Publică în scopul înscrierii în baza de date Coronaforms.

Prelucrarea datelor este realizată în scopul asigurării sănătății publice.

Data:

Semnătura:

Important:

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



MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII