**Informovaný souhlas s prováděním testů na přítomnost viru**

**SARS-CoV-2**

**Žák:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Rodné číslo |  |

**Zákonný zástupce žáka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Datum narození |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |

**Poskytovatel:**

|  |  |
| --- | --- |
| Název | VIDIA-DIAGNOSTIKA, spol, s r.o. |
| Sídlo | Českomoravská 2510/19, Praha 9-Libeň, 190 00 |
| IČ | 41194811 |

**Škola:**

|  |  |
| --- | --- |
| Název a adresa | Základní škola, Praha 4, Křesomyslova 2 |

**Způsob testování**

Testování bude prováděno ze vzorku slin. Sliny budou odebírány tzv. samoodběrem dle návodu pomocí originální certifikované odběrové sady DB-1225 Saliva Collection Set (DIANA Biotechnologies s.r.o.). Při tomto odběru není nutná asistence zdravotnického personálu.

Vzorek bude následně zpracován v akreditované laboratoři pomocí metody RT PCR (využitím DB-1219 DBdirectTM COVID-19 Multiplex RT-PCR Kitu).

Výsledek testu bude zaslán zákonnému zástupci žáka a/nebo Škole.

**Souhlas s vyšetřením**

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně informován/a o prováděných vyšetřeních. Potvrzuji, že potřebné informace obdržel/a ve vhodné podobě také můj/moje syn/dcera. Rozumím, že mám možnost se pracovníka poskytovatele zeptat na vše, čemu jsem nerozuměl/a.

1. Souhlasím s testováním mého syna/dcery výše uvedeným způsobem testování

Ano Ne

2. Souhlasím s oznámením výsledku testování Škole

Ano Ne

3. Požaduji zaslání výsledku testu žákovi/zákonnému zástupci pomocí zabezpečené e-mailové zprávy (Opravňuji Školu k předání mé e-mailové adresy pro zaslání výsledku a mé číslo mobilního telefonu pro zaslání sms s kódem pro otevření výsledku laboratoři)

Ano Ne, zaslání výsledku žákovi/zákonnému zástupci nepožaduji

Vyšetření budou prováděna pravidelně v souladu s požadavky mimořádných opatření k povinnému testování ve školách.

Datum, místo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO ÚČELY TESTOVÁNÍ ŽÁKŮ VE ŠKOLE**

Správce osobních údajů:

Správce osobních údajů je **ZŠ Praha 4, Křesomyslova 2** (dále jen Správce).

Rozsah zpracovávaných osobních údajů subjektů údajů:

jméno a příjmení žáka, datum narození žáka, rodné číslo žáka, adresa bydliště vč. PSČ, jméno a příjmení zákonného zástupce žáka, číslo mob. telefonu zákonného zástupce, emailová adresa zákonného zástupce, označení třídy žáka

Účelem zpracování osobních údajů je:

* Evidence testovaných žáků
* Přiřazení žáků k odběrovým sadám pro účely předání odebraných vzorků Poskytovateli k provedení analýzy vzorků
* Předání informací o výsledku testů Škole/zákonnému zástupci).

Poskytovatel se stává navazujícím správcem osobních údajů a zpracovává je v rámci poskytování zdravotních služeb ze zákonných důvodů – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a v návaznosti na další legislativní opatření a mimořádná opatření MZ ČR.

Doba zpracování osobních údajů je:

Po dobu trvání testování žáků na přítomnost viru SARS-CoV-2 a následně po dobu nezbytně nutnou danou platnými právními předpis.

Zákonný zástupce žáka, resp. zletilý žák, prohlašuje, že byl školou (správcem os. údajů) řádně poučen o zpracování a ochraně osobních údajů, že výše uvedené osobní údaje jsou přesné a pravdivé a jsou Správci poskytovány dobrovolně.

Datum, místo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_