

Souhlas zákonného zástupce

K PRAVIDENÍ TESTU NA ONEMOCNĚNÍ COVID-19
A ZMOCNĚNÍ OSOBY K PŘEVZETÍ INFORMACE
O ZDRAVOTNÍM STAVU NEZLETILÉHO A VYDANÉHO CERTIFIKÁTU

Já, níže podepsaný:

jméno, příjmení: narozen:

bytem:

e-mail: telefon:

jako zákonný zástupce:

jméno, příjmení: narozen:

bytem:

e-mail: telefon:

(dále jako nezletilý)

vyslovuji tímto souhlas, aby nezletilému byla poskytnuta zdravotní služba spočívající v provedení testu na onemocnění COVID-19, a to metodou RT-PCR nebo metodou antigenního testu, jež slouží k prokázání přítomnosti koronaviru v organismu autorizovaným subjektem poskytující zmíněné zdravotní služby. Zároveň vyslovuji souhlas, aby výsledek testu byl sdělen přímo nezletilému.

Dále je dle mého souhlasu osoba:

jméno, příjmení: narozen:

bytem:

e-mail: telefon:

osobou určenou k obdržení informací o zdravotním stavu nezletilého, k předání oficiálního certifikátu o provedeném testování a potvrzení o jeho převzetí.

v dne

podpis zákonného zástupce