**SOUHLAS ZLETILÉHO ŽÁKA**

s provedením PCR testu na onemocnění virem COVID-19

Já níže podepsaný/á

**Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Narozen/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Trvale bytem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

prohlašuji, že souhlasím s tím, aby mně byla poskytnuta zdravotní služba, spočívající v provedení testu na onemocnění virem COVID-19, a to metodou TCI/PCR, jež slouží k prokázání přítomnosti viru SARS-Cov-2 v organismu, a to ze strany registrovaného poskytovatele zdravotních služeb společnosti NutriMed Lab s.r.o., IČ 097 49 438, se sídlem Praha 1, Nové Město, Václavské náměstí 793/16, PSČ 110 00, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 340886.

V souvislosti s touto agendou bude docházet ke zpracování výše uvedených osobních údajů, ke kterému bude docházet na základě článku 6 odst. 1 písm. c) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR, jelikož zpracování výše uvedených osobních údajů je nezbytné pro splnění právní povinnosti.

**V této souvislosti dále prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování osobních údajů.**

Dále prohlašuji, že souhlasím s tím, aby výsledek shora specifikovaného testu byl sdělen zákonnému zástupci a řediteli GJP:

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

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

**Beru na vědomí, že v případě pozitivního nálezu testu, mám povinnost neprodleně odejít z výuky a opustit školní budovu. Veškerá zde uvedená prohlášení tímto stvrzuji svým podpisem.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **vlastnoruční podpis**